



Saison 2024-2025

Fiche d'inscription individuelle ou familiale
(même adresse)

PING PONG (à partir de 10 ans)

Nom _____ Prénom _____ Né(e) le _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville: _____

Tél. : _____ Mail : _____

Autorisation parentale pour enfant mineur :

*Je soussigné(e)autorise mon(mes) enfant(s)
à participer à l'activité ping pong de l'USS.*

OBLIGATOIRE

→

Je certifie être assuré(e) pour la pratique de ladite activité

→

Je m'engage à fournir un certificat médical ou je remplis une décharge (formulaire au verso)

Autre(s) activité(s) pratiquée(s) au sein de l'USS :

| | | |
|----------------|-----------------|--|
| Adhésion | -individuelle : | 10 € X [ou déjà réglée avec l'activité]] |
| | -familiale : | 20 € [ou déjà réglée avec l'activité]] |
| Cotisation : | | 30.00 € X |
| Total : | | € |

L'USS vous offre 1 séance d'essai. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de l'USS et remis avec votre **dossier d'inscription** à votre responsable de section.

**ATTENTION : aucun règlement ne sera encaissé avant le 1^{er} novembre 2024.
Règlement possible en 2 fois (encaissement en fin de trimestre).**

Fait leSignature de l'adhérent :
(ou du responsable légal pour les mineurs)

●Matériel à apporter : raquette, paire de baskets propres tirée du sac

**DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DU CERTIFICAT MEDICAL POUR
LA (LES)
ACTIVITE(S) PRATIQUEE(S) AU SEIN DE L'ASSOCIATION US
SAMSONNAISE**

Je soussigné.....

Inscrit(e) à l'activité ou aux activités suivantes pour la saison 2024 /2025 :

.....
.....

- Décharge l'US SAMSONNAISE, ses responsables, ses intervenants et ses membres, de toute responsabilité en cas de conséquence médicale liée à la pratique de cette(ces) activité(s).
- Consens à assumer les risques médicaux connus et inconnus et leurs conséquences, afférents ou liés au fait que je pratique cette(ces) activité(s) au sein de l'US SAMSONNAISE.
- Certifie que :
 - Je suis en bonne condition physique et, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour.
 - Aucun médecin, personnel de santé ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette(ces) activité(s)
 - Je reconnais la nature de(des) activité(s) à laquelle(auxquelles) je m'inscris et suis conscient(e) des éventuels risques de santé que j'encoure.
 - Avoir pris connaissance de la demande et du conseil de l'US SAMSONNAISE de produire un certificat médical afin de pratiquer la(les) activité(s) en toute sécurité.

Lu et approuvé (mention manuscrite) :

A.....**DATE**.....

Signature :