



Fiche d'inscription individuelle ou familiale
(même adresse)

PILATES

Nom _____ Prénom _____ Né(e) le _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Mail : _____

Cotisation Pilates:	100 € x	
Adhésion au choix	-individuelle	10 € x .. [ou déjà réglée avec l'activité]
	-familiale :	20 € [ou déjà réglée avec l'activité]
Je cotise pour une autre activité au sein de l'USS:	non oui, laquelle:	
		Total à régler:€ le..... Signature:

L'USS vous offre 1 séance d'essai.

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de l'USS et remis à l'un de vos responsables de section ou dans la boîte aux lettres de la mairie avec votre dossier d'inscription complet (CERTIFICAT MEDICAL OU DECHARGE + FICHE D'ADHESION + CHEQUE(S).

Aucun règlement ne sera encaissé avant le 1^{er} novembre.

Règlement possible en 2 fois (encaissement en fin de trimestre).



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE
et votre place ne sera donc pas retenue.



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

Je soussigné(e)

Inscrit(e) à l'activité ou aux activités suivantes pour la saison 20..... /20..... :

.....

- 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 :