



**Fiche d'inscription individuelle ou familiale
(même adresse)**

FUTSAL (à partir de 18 ans)

Nom _____ Prénom _____ Né(e)le _____

Nom _____ Prénom _____ Né(e)le _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Mail : _____

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 adulte : 10 € X [ou déjà réglée avec l'activité]	
	-familiale :	20 € [ou déjà réglée avec l'activité]
Cotisation :		20.00 € 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.
Règlement possible en 2 fois (encaissement en fin de trimestre).**

Fait leSignature de l'adhérent :

Matériel à apporter : avoir une paire de baskets propres, autre que celles portées en extérieur



**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 :