



FICHE ADHERENT

SAISON 2022/2023

ETAT CIVIL

NOM : Prénom :

Responsable (si nom différent) :

Né(e) le :/...../.....

CORRESPONDANCE

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone 1 :

Lien de parenté :

Téléphone 2 :

Lien de parenté :

Téléphone 3 :

Lien de parenté :

Téléphone 4 :

Lien de parenté :

Téléphone 5 :

Lien de parenté :

E-mail (obligatoire) :

.....@.....

.....@.....

CADRE RESERVÉ À L'UMS DANSE : COURS SAISON 2022/2023

Cours n° 1 : DANSE / FITNESS / ZUMBA : jour : heureh..... h

Cours n° 2 : DANSE / FITNESS / ZUMBA : jour : heureh..... h

Cours n° 3 : DANSE / FITNESS / ZUMBA : jour : heureh..... h

Cours n° 4 : DANSE / FITNESS / ZUMBA : jour : heureh..... h

Total des heures par semaine :h

REGLEMENT DE LA COTISATION :

1h00 de cours par semaine **150 €** 2h30 de cours par semaine **270 €**

1h30 de cours par semaine **190 €** 3h00 de cours par semaine **290 €**

2h00 de cours par semaine **230 €** 3h30 de cours par semaine **310 €**

1h00 de cours de zumba **170 €**

Réductions (hors zumba) :

- 20 € lorsque 2 membres
- 40 € lorsque 3 membres et plus

Cotisation :€

Réduction :€

TOTAL A REGLER :€

REMBOURSEMENT :

La cotisation est un engagement pour l'année. Le remboursement en cours d'année ne peut donc s'effectuer.

L'UMSPC DANSE se réserve le droit d'annuler un cours (en cas d'absence) et proposera un rattrapage si possible.

PIECES DU DOSSIER A REMETTRE LORS DE L'INSCRIPTION

Certificat médical obligatoire de moins de 3 mois (si donné il y a plus de 3 ans)

1 enveloppe timbrée **vierge**

Paiement (Chèque(s) 3 maximum / Espèces / Coupons sport / Chèques vacances)

DROIT A L'IMAGE

Chers parents,

Nous avons besoin de votre autorisation pour **prendre et diffuser** sur les réseaux sociaux (facebook, insta...) votre (vos) enfant(s) en photo ou en vidéo durant la vie du Club : gala, manifestation, forum des associations, stages....

1/ J'autorise le club à prendre et diffuser photographies et films vidéo de mon enfant :

NOM de l'enfant.....

Prénom de l'enfant.....

Date

Signature

AUTORISATION DE SOIN

Nous avons besoin de votre autorisation pour l'application d'HEMOCLAR et /ou antiseptique en cas de chutes ou de blessures

2/ J'autorise le club à soigner mon enfant

NOM de l'enfant.....

Prénom de l'enfant.....

Avec de l'HEMOCLAR et / ou antiseptique

Date

Signature