

NOM de l'adhérent : _____

PRÉNOM de l'adhérent : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : ____ _

VILLE : _____

NUMÉRO(S) de téléphone :

E-MAIL : _____

NATURE de la prescription médicale : _____

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e),

- Certifie que les informations fournies sont exactes
- M'engage à être assidu aux activités tout au long de l'année
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur
- M'engage à en respecter le contenu
- Certifie que ma responsabilité civile couvre la pratique d'activités sportives
- M'engage à fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique multisports
- Autorise la Communauté de Communes à prendre des photos pendant les activités sportives
- M'engage à porter une tenue adaptée à la pratique sportive, avec cheveux attachés pour les cheveux longs
- Autorise les encadrants à prendre toutes les dispositions utiles en cas de blessure me rendant inconscient
- M'engage à prévenir la Communauté de Communes du Haut-Poitou si je souhaite arrêter définitivement ma participation au dispositif Mercredis Part'âge", sans possibilité de demander un remboursement (sauf pour raisons médicales et avec certificat médical)

Date : _____

Signature :