|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| SKI DE FOND VOIRON  2024-2025 | | | | |
|  |  | | | |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |
| Adresse mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |
| J'accepte que mes coordonnées soient communiquées aux membres du club | | | OUI | NON |
| Je donne mon accord pour le droit à l'image | | | OUI | NON |
| Cotisation club obligatoire | | | | 15 € |
| LICENCE obligatoire : FSGT ou FFS | | | | |
| Licence FSGT annuelle | | | | 39,50 € |
| ou Carte FSGT saison, 4 mois | | | | 19 € |
| ou Carte initiative populaire, 1 à 3 jours consécutifs | | | | 3,50 € |
| Licence FFS Compétiteur Adulte - Assurance Optimum | | | | 146,80 € |
|  | Chèque à l'ordre de : Ski de Fond Voiron | TOTAL CHEQUE (adhésion 15 + licence) --> | |  |
|  |  |  |  |  |
| Président | François GAMBY | 06 76 79 83 71 |  |  |
| Trésorier | Jean-Pierre RINGOT | 07 82 06 57 94 |  |  |
| Secrétaire | Françoise MERCIER GAILLARD | 06 86 88 60 80 |  |  |
|  |  |  |  |  |

Je souhaite participer aux cours de ski de fond OUI / NON (rayer mention inutile)

*J'atteste sur l'honneur avoir rempli le questionnaire santé (QS-SPORT) qui m'a été transmis par mon club, et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques de ce questionnaire. Je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive*. *Si une réponse au moins est positive, je fournis un certificat médical*.

SIGNATURE, date