



DOSSIER D'INSCRIPTION

Ecole Municipale des Sports

Adulte



Activités :

Marche

Lundi
14h00-15h00
Périodes scolaires

Gym d'entretien

Lundi
16h00 – 17h00
Périodes scolaires

Prépa Physique

Jedi
12h15 – 13h15
Périodes scolaires

Marche culturelle

Vendredi (1 fois par mois)
Selon le calendrier

Tarifications :

30€ pour les sancéens et 50€ pour les extérieurs, la carte de 10 séances.

Carte de 10 séances valables de septembre à juillet, à consommer au fur et à mesure de ses disponibilités pour n'importe quelle activité adulte. Carte nominative, sans limitation de durée, à renouveler une fois épuisée.

VETEMENTS INDISPENSABLES POUR LES ACTIVITES SPORTIVES :

• Activités intérieures : chaussures de sport propres, short, tee-shirt...

Il est recommandé de prévoir une gourde afin de pouvoir s'hydrater durant le cours.

MODALITES D'INSCRIPTION :

J'atteste avoir pris connaissance que je pourrais participer aux activités proposées par le service municipal des sports, que lorsque toutes les pièces nécessaires à la constitution du dossier d'inscription (1) auront été déposées au Pôle Accueil Enfance Jeunesse Education.

(1) Documents à fournir impérativement :

- 1 certificat de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives
- 1 attestation d'assurance prenant en compte la responsabilité civile et individuelle d'accident
- 1 fiche de renseignement



Fiche Inscription

Ecole municipale des sports ADULTE

A remettre à l'accueil du Pôle Enfance Jeunesse Education.



NOM : **Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Coordonnées :

Adresse :

.....

.....

Mail : **N° de Téléphone :**

Je soussigné(e) Nom et Prénom

- Atteste ne pas avoir d'antécédents médicaux pouvant nuire à la pratique sportive.
- Autorise/N'autorise pas les éducateurs sportifs de la Ville de Saint Julien les Villas à utiliser les photos et vidéos sur lesquelles j'apparais (cf. convention).

A le

Signature, (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CERTIFICAT MEDICAL (SAISON 2019/2020)

A faire remplir par votre médecin ou fournir une attestation de celui-ci

Je soussigné(e) :

- Nom
- Prénom

Docteur en médecine

Déclare avoir examiné :

- Nom
- Prénom

Atteste l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives au sein de l'Ecole Municipale des Sports.

Observations particulières du médecin

Antécédents médicaux

.....

Allergie(s)

.....

Certifié sincère et exact le à

Signature :

Cachet du Médecin :