

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. domicile : ...../...../...../...../..... Portable : ...../...../...../...../.....  
Courriel : .....  
Justificatif de domicile de moins de 3 mois :

**ACTIVITÉS CHOISIES :**

- |   |                                     |                                      |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>BADMINTON</b>         | <input type="checkbox"/> mardi      | <input type="checkbox"/> jeudi       |
| <input type="checkbox"/> <b>MARCHE NORDIQUE</b>   | <input type="checkbox"/> mardi      | <input type="checkbox"/> jeudi matin |
|   | <input type="checkbox"/> jeudi soir | <input type="checkbox"/> vendredi    |
| <input type="checkbox"/> <b>SANTÉ VOUS ACTIVE</b> | <input type="checkbox"/> lundi      | <input type="checkbox"/> vendredi    |

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :** (Nom, Prénom, Téléphone)

1 .....  
2 .....

**RÈGLEMENT : 30 € (forfait annuel)**

**Chèque**  **Espèces**

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....  
Autorisation d'évacuation par les services de secours :  OUI  NON  
Autorisation d'hospitalisation :  OUI  NON  
Allergie médicamenteuse connue : ..... Asthme : .....  
Autre information médicale : .....

Je soussigné (e), .....,

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel encadrant les activités choisies à prendre, en cas de besoin, toutes mesures rendues nécessaires par mon état de santé.
- Atteste ne pas avoir de contre-indication médicale à la pratique sportive.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités sportives municipales.

Valognes, le .....

Signature :