

	Pris par :	Type de carte : A
---	------------	-----------------------------

FICHE D'INSCRIPTION 2023/2024 ADULTES

Si 2^{ème} inscription même famille, nom et prénom de la 1^{ère} inscription :

Mme/Melle/M **NOM** : Prénom

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Date de naissance :/...../.....

E-mail (en majuscules SVP) :

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter ainsi que le nombre de cours correspondant à ma cotisation.

Mention légale (concernant le Règlement Général sur la Protection des Données)

Les informations collectées sur ce formulaire d'inscription, à savoir les données d'identification et de contact sont obligatoires et aucune inscription à Top Forme ne pourra être réalisée en leur absence.

Les informations seront transmises uniquement à la mairie de la Chapelle sur Erdre (subvention municipale) et à l'assurance de l'association (assurance individuelle) et conservées selon des modalités qui leur sont propres.

Les informations seront conservées par l'association Top Forme pendant une durée de 5 ans après la saison de votre dernière inscription.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent en vous adressant à Top Forme.

En signant cette fiche, je consens, explicitement, à la collecte par Top Forme des données personnelles me concernant.

Signature :

Date d'inscription :

CERTIFICAT MEDICAL :

- J'ai un certificat médical de moins d'1 an : j'en fournis une copie et je garde l'original, valable 3 ans.
- J'ai un certificat médical de + d'1 an et daté après le 01/06/2021 : j'en fournis une copie et je remplis le questionnaire de santé.
- Je n'ai pas de certificat médical daté avant le 01/06/2021 : je fournis la copie d'un nouveau certificat médical daté à partir du 1^{er} juin 2023 et je garde l'original, valable 3 ans.

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION								
<i>Pièces à fournir</i>			<i>Comptabilité</i>					
Certificat médical	<input type="checkbox"/>	Nb de chèques :			Dates d'encaissement : 10 / /			
Questionnaire de santé	<input type="checkbox"/>				10 / /			
Une photo	<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>			10 / /			
Règlement	1^{ère} Inscription		2^{ème} Inscription		3^{ème} Inscription		4^{ème} Inscription	
	Nb	Montants	Nb	Montants	Nb	Montants	Nb	Montants
Chèques ou CB		1. 2. 3.		1. 2. 3.		1. 2. 3.		1. 2. 3.
Espèces								
Chèques vac ou Coupons Sportx 10€x 20€	x 10€x 20€	x 10€x 20€	x 10€x 20€	
Bons à valoir								
	Total		Total		Total		Total	

**Chèque à l'ordre de TOP FORME. Merci.
Seuls les dossiers complets seront acceptés.**