

**ATHLÉ FORME SANTÉ**

**BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2021/2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Sexe : |
| Adresse : | |
| Ville : | Vini : |
| Email : | Personne à prévenir (nom et vini) : |

**Renseignements médicaux utiles à porter à la connaissance du coach :**

**(ex: asthme, problèmes articulaires, diabète etc.)**

.......................................................................................................…………….…………….…………….……..

.…….…………….…………………………..........................................................................................................

**CLUB ET TYPE DE LICENCE :**

* RUNNING
* SANTÉ LOISIR
* COMPÉTITION

DATE DU CERTIFICAT MÉDICAL :

..............................................................................................................................

* Pour les licences compétition et running, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication de l'athlétisme en compétition datant de moins de 6 mois.
* Pour les licences santé loisir, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme ou à la ou les pratiques concernées datant de moins de 6 mois (marche nordique, athlé-form’, etc).
* Pour les questionnaires médicaux, le soussigné certifie avoir rempli le questionnaire et déclare apte à la pratique des activités physiques et sportives dans le cadre fédéral ou lors des évènements sportifs.

**Veuillez cocher la case correspondante à votre choix.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULES (LICENCE OBLIGATOIRE)** | **TOUTES LES SÉANCES** | |
| **MARCHE NORDIQUE / ATHLÉ FORME** | * **35 000 F** | |
| **ZUMBA/STRONG** | * **30 000 F** | |
| **ATHLÉ FIT** | * **30 000 F** | |
| **1 SÉANCE FIXE À L’ANNÉE** | * **24 000 F** | |
| **TOUTES LES ACTIVITÉS** | * **50 000 F** | |
| **SÉANCES LIBRES** | | |
| **À la séance** | | * **1 200 F** |
| **Carnet de 10 séances** | | * **10 000 F** |
| **ENFANTS LICENCIÉS :** | **TOUS LES SAMEDIS** | * **10 000 F** |

**Activité(s) et créneau(x) choisi(s) :**

**UTILISATION DES DONNÉES PERSONNELLES ET DROIT À L’IMAGE :**

* J’autorise l’utilisation des données personnelles fournies dans le présent formulaire afin de permettre ou de faciliter la communication dans le cadre exclusif des activités de la FAPF.
* J’autorise la FAPF à utiliser les photos prises dans le cadre de ses activités pour les usages suivants : support vidéo ou photo à destination de l’association ou des réseaux sociaux.

|  |
| --- |
| **IMPORTANT : Pour chaque dossier incomplet, celui-ci ne sera pas accepté.** |

Je reconnais avoir lu et accepté le règlement intérieur des activités athlé forme santé.

Signature précédée de la mention lu et approuvé : Date :

|  |
| --- |
| Contact : Tumatai DAUPHIN 89 25 10 90  afs@fapf.pf  Fédération d’Athlétisme de Polynésie Française |

**Cadre réservé à l’encadrant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Règlement licence (montant/ chèque/espèce) : | Règlement cotisation (montant/ chèque/espèce) : |