

Pour faire connaissance

Prière de rédiger lisiblement. Merci !



Encadré réservé à l'administration	
Date d'inscription : / /	N° badge (Adultes uniquement) :
Valable jusqu'au : / /
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} inscription <input type="checkbox"/> Réinscription	Inscription réalisée par :

Adhérent(e)

Nom : CIN (+ de 16 ans uniquement) :

Prénom : Adresse :

Sexe : M F Nationalité :

Date de naissance : / / N° de tél. :

Club(s) précédent(s) :

Parent ou tuteur légal

Ne remplir cette section que si l'adhérent est mineur

Qualité : Père Mère Tuteur/tutrice légal(e)

Nom : Prénom : Email :

CIN : Tél. Mobile : Tél Bureau :

Disciplines choisies & mode de règlement

Discipline	Nb de cours			Mode de règlement
	1	2	3	
NATATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Règlement par chèque : <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Règlement en espèce : <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Règlement par carte bancaire. <input type="checkbox"/> Achat de carnet (Adultes uniquement) : <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 50 tickets
DANSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GYM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ARTS MARTIAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ARTS DE LA SCENE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LOISIRS CREATIFS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réservé à l'administration >				Montant : Frais d'inscription : Total :

Autorisations & attestations

- A) Dans le cas d'un adhérent mineur : Je, soussigné, parent et/ou détenteur de l'autorité parentale de/sur (Nom du mineur)
- B) Dans le cas d'un adhérent adulte : Je, soussigné

Veuillez cocher d'une croix la case appropriée.		OUI	NON
reconnais que l'adhésion à Numu Center entraîne l'acceptation du règlement intérieur du Centre, et décharge ce dernier de toute responsabilité en cas de non-respect de ce règlement.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autorise Numu Center à effectuer de manière bienveillante et utiliser des prises de vue de l'adhérent objet de la présente fiche d'inscription pour sa communication interne et/ou externe.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reconnais avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive, avoir été informé et avoir pris connaissance des garanties d'assurance proposées par le centre.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autorise Numu Center à m'envoyer par courriel ou sms toute information ou alerte relatives au Centre ses activités et promotions.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m'engage à signaler tout changement d'adresse, de téléphone ou de mail survenant dans l'année.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis.	Fait à Le / /	Signature de l'adhérent majeur ou du détenteur de l'autorité parentale ou du parent de l'enfant.	
Comment avez-vous entendu parlez de nous?			

Fiche de santé

Prière de rédiger lisiblement. Merci !

Adhérent

Nom : Prénom : Date de naissance : / /
 Sexe : Masculin Féminin Taille : cm Poids : kg

Contacts en cas d'urgence

Prière de fournir 1 à 2 contacts supplémentaires.

Nom : Prénom : GSM :
 Nom : Prénom : GSM :

Allergies, traitements et autres conditions

Veuillez cocher d'une croix la case appropriée.

Allergies, traitements et autres conditions	OUI	NON	Lesquel(le)s
L'adhérent a-t-il des réactions allergiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'adhérent a-t-il des problèmes de santé ou de mobilité réduite que vous voudriez signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'adhérent suit-il des traitements particuliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'adhérent a-t-il subi des opérations chirurgicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'adhérent a-t-il un trouble sensoriel ou comportemental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Raccompagnements

Ne remplir cette section que si l'adhérent mineur est récupéré par une personne autre que vous

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à Numu Center.

Nom : Prénom : GSM : CIN :
 Nom : Prénom : GSM : CIN :

Autorisations parentales

Ne remplir cette section que si l'adhérent est mineur

Veuillez cocher d'une croix la case appropriée.

Type d'autorisations	OUI	NON
Mobilité de l'enfant : J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à son domicile après son cours ou toute autre manifestation à Numu Center.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premiers soins : J'autorise les responsables de Numu Center à prodiguer les premiers soins en cas de chute ou hématomes (arnica, crème, application de froid, Bétadine etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins médicaux d'urgence : Dans l'impossibilité de joindre un des parents ou le médecin traitant, j'autorise Numu Center à prendre, sur avis médical uniquement, toute décision concernant les soins d'urgence et/ou l'hospitalisation de l'enfant lors des activités organisées par le centre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droit à l'image : J'autorise les responsables de Numu Center à effectuer des prises de vue de mon enfant dans le cadre des cours, ateliers, stages, camps et autres manifestations du centre. Ces photos ou films vidéo réalisés de manière strictement bienveillante pourront servir à communiquer sur les disciplines pratiquées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de l'adhérent.

Signature de l'adhérent majeur ou du détenteur de l'autorité parentale ou du parent de l'enfant.