



ANNEE 2025/2026



EFFORT DE NOUZONVILLE

NOM
Prenom
date de naissance
lieu et code postal de la ville de naissance
uniquement pour les competitives
profession des parents
adresse :
telephone:
Email:
bien lisible SVP
je, soussigné autorise les responsables de l'Effort à prendre toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant et à lui prodiguer tous les soins d'urgence (prise en charge par le SAMU, hospitalisa tion) et ce, principalement si on n'a pu me joindre par téléphone. Signature obligatoire

fournir une photo pour le dossier et remplir le questionnaire
santé de la FFGYM (lien sur le site internet du club)
POUR LES GAF COMPETITION, FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL
(lien sur le site internet du club)

SECTION

GAF competition	cocher ici
ECOLE DE GYM	
GYM LOISIRS	
DANSE MODERNE	
TEAM GYM	

--

PETITE ENFANCE	
MAMAN BEBE	

COTISATION	montant	
	si P I	
VIREMENT SUR LE COMPTE	don au club	
CHEQUE	TOTAL	
ESPECES	date	
Cheques ANCV		

je, soussigné autorise mon enfant à pratiquer toute activité au sein de l'Effort Je m'engage à lire et respecter les consignes du règlement du club
