



ANNEE 2025/2026

NOUZONVILLE

EFFORT DE NOUZONVILLE

SECTION

cocher ici

nom	sexe F M
prenom	
date de naissance	
<i>lieu et code postal de la ville de naissance</i>	
<i>uniquement pour les competitives</i>	
profession des parents	
adresse :	
telephone:	
Email:	
<i>bien lisible SVP</i>	
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, hospitalisation) et ce, principalement si on n'a pu me joindre par téléphone.	
Signature obligatoire	

GAF competition	<input type="checkbox"/>
ECOLE DE GYM	<input type="checkbox"/>
GYM LOISIRS	<input type="checkbox"/>
DANSE MODERNE	<input type="checkbox"/>
MAMAN BEBE	<input type="checkbox"/>
PETITE ENFANCE	<input type="checkbox"/>

COTISATION

VIREMENT SUR LE COMPTE	<input type="checkbox"/>
CHEQUE	<input type="checkbox"/>
ESPECES	<input type="checkbox"/>
Cheques ANCV	<input type="checkbox"/>

montant	<input type="text"/>
si P I	<input type="text"/>
don au club	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>
date	<input type="text"/>



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

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)