



ANNEE 2026/2027



EFFORT DE NOUZONVILLE

entourer

NOM sexe **F** **M**

Prenom

date de naissance

lieu et code postal de la ville de naissance

uniquement pour les compétitives

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, hospitalisation) 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

(formulaire à remplir par le médecin publié sur le site internet du club)

MERCI d'anticiper la rentrée mais de bien faire dater le certificat du 1 septembre 2026

SEULS, LES DOSSIERS COMPLETS (fiche, photo, cert méd ou fiche sante et paiement) SERONT ACCEPTES. Merci

SECTION

cocher ici

GAF competition

ECOLE DE GYM

GYM LOISIRS

DANSE MODERNE

MAMAN BEBE

PETITE ENFANCE

COTISATION

VIREMENT SUR LE COMPTE

Montant total

CHEQUE

Préinscription à déduire

ESPECES

Don au club à ajouter

Cheques ANCV

TOTAL

date

photo

je, soussigné

- ☐ autorise mon enfant à pratiquer toute activité au sein de l'Effort
- ☐ accepte que mon enfant soit photographié ou filmé en cours d'activité
- ☐ accepte l'utilisation pour des documents de communication et de promotion du Club.
- ☐ N'accepte pas que mon enfant soit filmé y compris dans les groupes

Je m'engage à lire et respecter les consignes du règlement du club.

Signature