



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)

SECTION TOURNES

cocher ici

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|            |  |
|------------|--|
| MAMAN BEBE |  |
|------------|--|

|                |  |
|----------------|--|
| PETITE ENFANCE |  |
|----------------|--|

COTISATION

|                        |  |
|------------------------|--|
| VIREMENT SUR LE COMPTE |  |
|------------------------|--|

Montant total 150 €

|        |  |
|--------|--|
| CHEQUE |  |
|--------|--|

|         |  |
|---------|--|
| 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