

# Club Amitié Ferrière, Sport et Loisirs

Mairie, 92 rue Nationale, 85280 La Ferrière

[club.sectionsportive@gmail.com](mailto:club.sectionsportive@gmail.com)

## Bulletin individuel d'inscription pour la saison 2026/2027

|               |  |                     |
|---------------|--|---------------------|
| Nom-Prénom    |  | Nom de naissance    |
| Adresse       |  |                     |
| Code P /Ville |  |                     |
| Tél           |  | Date de naissance : |
| Mail          |  |                     |

*Afin d'améliorer la communication, nous encourageons les adhérents n'ayant pas Internet à nous communiquer une adresse mèl régulièrement relevée(enfants, amis, toute personne susceptible de vous faire suivre un message.)*

*Les informations concernant les activités sont disponibles sur notre site*

<http://derouillee.e-monsite.fr>

**Mettre une croix près des activités que vous souhaitez pratiquer ou découvrir (à titre indicatif)**

|                  |  |                   |  |
|------------------|--|-------------------|--|
| Marche Nordique  |  | Activités dansées |  |
| Marche Randonnée |  | Gym Pilates       |  |
| Vélo             |  | Piscines          |  |

**Pour valider l'inscription, remettre :**

1 Le paiement : 36 €

2 Le présent bulletin d'inscription rempli, l'attestation de santé ci-dessous signée éventuellement

3 Un **certificat médical de moins de 6 mois si vous avez répondu « oui » à une des lignes** du questionnaire santé, consultable sur le site, onglet « Le Club / Inscription au Club. »)

**A noter :** Les coordonnées des adhérents, nom, adresse, mèl, téléphone, date de certificat médical, numéro de licence, activités pratiquées, font l'objet d'un fichier informatique pour des facilités de gestion. Le fichier reste en la possession des membres du Conseil d'administration concernés et peut être communiqué partiellement aux responsables des activités. La loi vous autorise à demander à tout moment la suppression des informations qui vous concernent.

### Attestation santé

Je soussigné M/Mme

Prénom : ..... Nom : .....

atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé pour les majeurs  
FNSMR et **avoir répondu par la négative** à l'ensemble des questions.

Date : ..... Signature :

