

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2019-2020
(une fiche par personne)



NOM et PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse postale :

e-mail (bien lisible) :

Profession (si retraité, précisez votre domaine d'activité).....

tel Portable ou à défaut fixe :

Si **inscription pour un enfant**, nom du parent responsable :

Si parrainage, nom du filleul :

ACTIVITÉ(S) CHOISIE(S)	JOUR ET HORAIRE	TARIF ANNUEL	Remise 5% * Si vous parrainez Au moins 1 personne	Remise** 10% si Deux activités	TOTAL
					+
					+
Adhésion obligatoire : Individuelle (20€) ou Familiale*** (30€)					+
TOTAL à PAYER****					

* remise de 5% si vous parrainez au moins une personne, valable dans l'activité de votre choix

** cette remise ne concerne pas le pôle famille, petite enfance, le théâtre enfant et le buzz musical ado

*** l'adhésion familiale concerne minimum 2 personnes d'une même famille qui pratiquent une activité en individuel.

**** Le total à payer sera validé après vérification

- Paiement par chèque bancaire à l'ordre de la Marmite, en espèces, par chèques vacances ANCV (avec une majoration de 5%) ou par chèques ACTOBI (avec une majoration de 10%)
- Si vous souhaitez faire un don, vous aurez droit à une réduction d'impôt !
- La Marmite accepte les paiements en plusieurs fois, nous contacter.

ATTENTION :

INSCRIPTION ET RÉGLEMENT à envoyer au siège de La Marmite, le bourg 71740 St Maurice Lès Châteauneuf

CERTIFICAT MEDICAL : chaque adhérent est responsable, il doit consulter son médecin traitant pour l'informer de toute pratique sportive souhaitée et obtenir son accord à cette pratique.

ASSURANCES : tout adhérent doit être assuré avec une responsabilité civile précisant l'individuelle accident qui le couvre en cas d'accident corporel (voir avec votre compagnie d'assurances) toutefois, l'association la Marmite adhérente à la Fédération Départementale des Foyers Ruraux (FDFR) peut vous fournir une assurance tous risques à 15€. (septembre 2019 à août 2020), contactez nous si besoin.

AUCUN REMBOURSEMENT ne sera effectué en cours d'année sauf raison médicale justifiée.

Je soussigné(e).....atteste avoir lu et accepté les conditions précitées.
Signature et date précédées de la mention « lu et approuvé »