

**DOSSIER D'INSCRIPTION
ATELIER SPORT SANTÉ BIEN-ETRE**

Nouvelle inscription Réinscription

NOM **PRÉNOM** Genre F M

NÉ(E) le / /

Adresse

CP VILLE

TEL DOM. / / / / PORTABLE / / /

Courriel : @

NOM personne à contacter en cas d'urgence :

TEL :

NOM ASSURANCE en RC: N° CONTRAT

PROBLEMES DE SANTÉ : Asthme Allergies

Précisez.....

Autres.....

NOM MEDECIN TRAITANT

ADRESSE

TEL :

J'autorise que des photos et des prises vidéo, effectuées au cours de cet atelier, soient diffusées sur les supports de communication municipaux (site internet, magazine, réseaux sociaux de la Ville, brochure...).

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs et des modes de paiement des activités. J'ai bien noté que toute activité commencée est due et qu'aucun remboursement ne sera effectué.

J'ai bien noté que les informations demandées sont indispensables à la prise en compte de mon dossier d'inscription et que sauf opposition de ma part, certaines pourront être utilisées par d'autres services municipaux. J'ai également bien noté, que je dispose d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations me concernant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'atelier sport santé bien-être.

Portet-sur-Garonne le.....

Signature



PIECES À FOURNIR

- Justificatif de domicile
- Certificat d'aptitude
- Attestation d'assurance