



CARTE PASS « ADULTES »

INSCRIPTIONS 2026/2027

(réservée exclusivement aux résidents de Vias)

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Dossier n° : CPA - 2026/2027

Règlement à l'année : € ☐ Chèque n° ☐ CB Date :

Règlement trimestre 1 : € ☐ Chèque n° ☐ CB Date :

Règlement trimestre 2 : € ☐ Chèque n° ☐ CB Date :

Règlement trimestre 3 : € ☐ Chèque n° ☐ CB Date :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

☎ :

Mail (Merci d'écrire lisiblement) :@.....

PHOTO

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Nom/Prénom : ☎ : Lien de parenté :

Indications particulières :

TARIFS ANNUELS

L'adhésion est valable du 14 septembre 2026 au 18 juin 2027 :

☐ 160 € pour 1 séance / semaine

☐ 180 € pour 2 séances / semaine

En cas de changement de n° de téléphone, adresse mail ou adresse postale, nous vous remercions d'en informer le secrétariat du service des sports afin de mettre à jour votre dossier et pouvoir vous communiquer toutes informations importantes.

ACTIVITÉS PROPOSÉES - TARIFICATION ET MOYENS DE PAIEMENT

Activités (choisissez, en cochant, votre ou vos jours et créneaux de pratique) :

☐ **Cardio**

Mercredi de 18h00 à 19h00

☐ **Stretching**

Mercredi de 19h00 à 20h00

Moyen de paiement :

☐ Carte Bancaire ☐ Chèque (à l'ordre de « Régie Famille »)

DOCUMENTS A FOURNIR

☐ **Nouvel(le) adhérent(e) :** Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité sportive

☐ Pour un renouvellement : Questionnaire de santé joint (Cf : Cerfa 15699*01) **si** le certificat médical **précédent à moins de 3 ans**

☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile valide

☐ Copie Carte Nationale d'Identité, Passeport ou Permis de conduire

☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, Téléphone, Impôts, CAF, etc...)

☐ *Justificatif « Demandeur d'emploi », « Personne en situation de handicap, « Bénéficiaire du RSA », dans le cas d'un tarif réduit

☐ 1 photo d'identité

AUTORISATIONS - Droit à l'image (année complète)

Photographies, Vidéos et Diffusion :

☐ OUI

☐ NON

Je soussigné(e) Monsieur / Madame (*)..... autorise les éducateurs sportifs, à faire donner en cas de besoin, ou d'absence des personnes à joindre en cas d'urgence, les soins urgents qu'ils jugent utiles après avis médical.

J'autorise donc la Direction et/ou les éducateurs sportifs à faire intervenir un médecin, à faire appel aux services d'urgence, à me faire hospitaliser et me faire pratiquer une anesthésie générale, ou locale, si le cas le nécessite.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Je m'engage à respecter les consignes et les décisions de la Direction.

(*) *Barrer la mention inutile*

Fait à Vias le

Signature