



CARTE PASS « SENIORS » à partir de 55 ans

INSCRIPTIONS 2026/2027

(réservée exclusivement aux résidents de Vias)

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Dossier n° : CPS - 2026/2027

Règlement à l'année : € ☐ Règlement Internet ☐ CB Date :

Règlement trimestre 1 : € ☐ Règlement Internet ☐ CB Date :

Règlement trimestre 2 : € ☐ Règlement Internet ☐ CB Date :

Règlement trimestre 3 : € ☐ Règlement Internet ☐ 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 :

Tarif Plein :

- ☐ 70 € pour 1 séance / semaine
- ☐ 90 € pour 2 séances / semaine
- ☐ 120 € pour 3 séances / semaine
- ☐ 150 € pour 4 séances / semaine
- ☐ 220 € à partir de 5 séances / semaine

Tarif Réduit* :

- ☐ 60 € pour 1 séance / semaine
- ☐ 80 € pour 2 séances / semaine
- ☐ 110 € pour 3 séances / semaine
- ☐ 140 € pour 4 séances / semaine
- ☐ 210 € à partir de 5 séances / semaine

TARIFS TRIMESTRIELS – (Cf dates : règlement intérieur)

Tarif Plein :

- ☐ 35 € pour 1 séance / semaine
- ☐ 40 € pour 2 séances / semaine
- ☐ 50 € pour 3 séances / semaine
- ☐ 60 € pour 4 séances / semaine
- ☐ 90 € à partir de 5 séances / semaine

Tarif Réduit* :

- ☐ 25 € pour 1 séance / semaine
- ☐ 30 € pour 2 séances / semaine
- ☐ 40 € pour 3 séances / semaine
- ☐ 50 € pour 4 séances / semaine
- ☐ 80 € à partir de 5 séances / semaine

*** NB : Le tarif réduit**, sur présentation d'un justificatif, est applicable pour les demandeurs d'emploi, les personnes en situation de handicap, les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), les bénéficiaires du RSA (Revenu Solidarité Active). Pour les demandeurs d'emploi, ce justificatif devra être présenté à chaque renouvellement d'inscription.

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) :

☐ **Équilibre**

✧ Lundi de 09h00 à 10h00

☐ **Cardio Danse ou Cardio**

✧ Mardi de 11h00 à 12h00 (**Cardio**) **OU** ✧ Jeudi de 11h00 à 12h00 (**Cardio Danse**)

☐ **Circuit Training**

✧ Vendredi de 09h00 à 10h00

☐ **Stretching**

✧ Lundi de 11h00 à 12h00 **OU** ✧ Vendredi de 10h00 à 11h00

☐ **Randonnée Pédestre**

✧ Lundi de 14h00 à 17h00 (point de départ au gymnase V. BERNADO)

☐ **Renforcement Musculaire**

✧ Lundi de 10h00 à 11h00 **OU** ✧ Mardi de 09h00 à 10h00 **OU** ✧ Jeudi de 09h00 à 10h00

☐ **Body Control**

✧ Mardi de 10h00 à 11h00 **OU** ✧ Jeudi de 10h00 à 11h00

☐ **Sport Santé**

✧ Mercredi de 10h00 à 11h00 (salle de réception – Halle des Sports J. RAYNAUD)

☐ **Gymnastique Santé**

✧ Mercredi de 09h00 à 10h00 **OU** ✧ Mercredi de 10h00 à 11h00 **OU** ✧ Mercredi de 11h00 à 12h00

Moyen de paiement :

☐ Carte Bancaire ☐ Règlement Internet

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
- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, Téléphone, Impôts, CAF, etc...)
- ☐ Justificatif « Demandeur d'emploi », « Personne en situation de handicap », les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), les bénéficiaires du RSA (Revenu Solidarité Active), **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