



PLOUBALAY REBELS

Association Loi 1901

DEMANDE D'ADHESION 2022/2023

A remettre en cours ou renvoyer au plus tard le **5 octobre 2022** à
Association Ploubalay Rebels - Mairie de Ploubalay - 5B rue Ernest Rouxel - BP01
22650 BEAUSSAIS S/MER

REEMPLIR UNE FEUILLE PAR PERSONNE

NOM : PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe Tél. portable

Courriel :

Avez-vous déjà pratiqué la Danse Country : OUI Nombre d'années :ans NON

Etes-vous membre d'un autre club de danse : OUI Lequel : NON

Votre niveau Débutant Novice Intermédiaire

Moins de 18 ans :

Le représentant légal : Nom.....Prénom.....Tél.....

Déclare autoriser sous sa responsabilité le mineur ci-dessus à participer aux cours de danse country.

Les enfants entre 8 et 16 ans sont acceptés à condition **d'être accompagnés** d'un parent pendant les cours.

Date :

Signature du représentant légal :

Je reconnais avoir lu le règlement intérieur de l'association et l'accepter sans réserves.

J'autorise l'association à utiliser mon (mes) image(s) prise(s) lors d'activités de l'association à des fins de promotion et/ou d'information y compris sur son site internet.

TARIFS 2022/2023*

• 75 € par personne / 130 € par couple

• 50 € de 8 à 18 ans

PIECES A JOINDRE

- Certificat médical portant mention de "non contre-indication à la pratique de la danse" ou simple attestation (ci-dessous) si un certificat médical de moins de trois ans a été fourni auparavant.

- Règlement par chèque à l'ordre de "Ploubalay Rebels" ou espèces

3 chèques de 25€

3 chèques : 1 chèque de 50€ et 2 chèques de 40€

Les chèques seront encaissés : 1 en Octobre 2022 ; 1 en Janvier 2023 et 1 en Avril 2023 sauf en cas de fermeture des salles pour cause de pandémie. Tout trimestre commencé reste dû à l'association.

Date :

Signature :

*L'adhésion comprend les frais d'affiliation de l'association à la Fédération Française du Bénévolat Associatif (SACEM et assurances)

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e)

Certifie avoir répondu **NON** à l'ensemble des questions figurant au questionnaire de santé.

Date :

Signature