

1<sup>e</sup> adhésion     Renouvellement (d'une saison sur l'autre)

A propos de l'Adhérent (celle ou celui qui pratique) :

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Scolaire à étudiant

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

①portable : \_\_\_\_\_ ①domicile : \_\_\_\_\_

①travail : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

**Adhérent mineur (+ 14 ans) : responsable.s légal.aux**

Mme  M.

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

①portable : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

①domicile : \_\_\_\_\_

①travail : \_\_\_\_\_

Mme  M.

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

①portable : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

①domicile : \_\_\_\_\_

①travail : \_\_\_\_\_

**Cotisation**

Tarif par personne et par saison. La saison s'entend hors vacances scolaires et semaine de l'Ascension. Le tarif comprend la licence et l'assurance FSGT et l'adhésion au COB.

Adhésion standard \_\_\_\_\_ 270 €

Adhésion demandeur d'emploi \_\_\_\_\_ 200 €

Adhésion mineur (+ 14 ans) \_\_\_\_\_ 200 €

[Administration] \_\_\_\_\_ €

Réduction à partir du 2<sup>e</sup> membre d'un même foyer \_\_\_\_\_ - 35 €

Réduction pour double inscription AM & BE \_\_\_\_\_ 15 € = \_\_\_\_\_ €

Réduction pour parrainage (par parrainage) \_\_\_\_\_ 15 € x ... = \_\_\_\_\_ €

Option sur assurance IAC-sport proposée par la FSGT \_\_\_\_\_ €

\* Voir au verso **TOTAL** ..... €

**MINEUR**

Mme  M.

Date naissance

\_\_ / \_\_ / \_\_

Référence bulletin : .....

Code activité : .....

Remise bulletin : \_\_ / \_\_ / \_\_

Date certificat médical : \_\_ / \_\_ / \_\_ AS

Paiement : Compléter  En cours  Finalisé

Licence : Renouvel  En cours  Finalisé

N° licence : .....

Annuaire  Remarque : .....

Enregistrement : .....

**Récapitulatif des pièces à fournir**

*Pour toute inscription*

- Le présent bulletin rempli
- Signature du verso
- Le règlement intégral de la cotisation

*Cas particuliers*

- Première inscription
  - Une photo actuelle
- Demandeur d'emploi
  - Justificatif Pole Emploi
- Aptitude à la pratique de l'activité (cf. verso)
  - Une attestation
  - OU un certificat médical

Photo

**NE PAS FIXER**  
(Administration)

Impression 'maison' sur papier standard acceptée

**Contact en cas d'urgence (optionnel pour les adultes)**

Mme  M.

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien (optionnel) : \_\_\_\_\_

①portable : \_\_\_\_\_ ①domicile : \_\_\_\_\_

①travail : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

**Mode et description du paiement**

- Espèces. Nombre de billets : ...  
100€ x ... 50€ x ... 20€ x ... 10€ x ... 5€ x ...  
Autre ..... Total : ..... €
- Chèque.s à l'ordre de **COB AM & BE**.  
Nombre de chèques<sup>1</sup> :  1  2  3      Total : ..... €  
Numéro .....  
Banque .....  
Montant ..... € ..... € ..... €  
Payeur<sup>2</sup> .....
- Chèque.s Loisirs (C.A.F.)  
Nombre de chèques : ... Valeur : ..... €      Total : ..... €
- Pass'Sport (50 €)      Code : .....
- Autre : .....

<sup>1</sup> Possibilité de règlement échelonné, jusqu'à 3 chèques. Intégralité soldée au 31/12.

<sup>2</sup> Payeur : seulement si le nom du payeur est différent de celui de l'Adhérent

VERSO

**Aptitude à la pratique de la ou des activités choisies** (cocher les cases pertinentes) (Adhérent mineur : et/ou responsable.s légal.aux)

- J'ai consulté le questionnaire de santé approprié, selon que je suis majeur ou mineur**  
*Le questionnaire de santé est mis à votre disposition pour consultation à l'Association ou téléchargeable sur le site du COB, <https://cobriochin.fr>  
 Vos réponses sont personnelles, elles n'ont pas à être communiquées à l'Association.*
- J'ai répondu NON, à TOUTES les questions posées**  
 Je complète et signe l'attestation appropriée, selon que je suis majeur ou mineur, et je la remets à l'Association avec mon bulletin d'inscription.  
*L'attestation est disponible à l'Association ou téléchargeable sur le site du COB, <https://cobriochin.fr>*
- J'ai répondu OUI, à AU MOINS UNE des questions posées**  
 Je remets à l'Association avec mon bulletin d'inscription un certificat médical daté de moins de six mois par rapport à la date d'inscription à l'Association et mentionnant l'activité pratiquée.

**Assurance** (cocher les cases pertinentes) (Adhérent ou responsable.s légal.aux)Affiliation : **FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL**14/16 rue de Scandicci – 93508 Pantin Cedex – Tel : 01 49 42 23 19 – Courriel : [accueil@fsgt.org](mailto:accueil@fsgt.org)

Je reconnais avoir pris connaissance

- de la notice mise à ma disposition par l'association, en accompagnement de la présente demande
- des garanties « responsabilité civile et individuelle accident » dont je bénéficie par le biais de ma licence, ainsi que de leur coût
- de la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et des modalités pour y renoncer
- de la possibilité de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires proposées par l'assureur.

Je décide de

- bénéficier de la garantie « Individuelle Accident »
- renoncer à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel
- souscrire aux garanties complémentaires IAC-sport pour la somme de ..... €/an (à ajouter au montant de mon règlement de cotisation)

Par ailleurs,

- Je suis informé.e que mes coordonnées sont transmises à des organismes extérieurs pour la mise en place des garanties souscrites
- J'autorise la FSGT à m'envoyer par mail des communications officielles, notamment à des fins associatives.

**Consentement** (cocher les cases pertinentes) (Adhérent ou responsable.s légal.aux)

- J'autorise COB Arts Martiaux et Bien-Etre à m'envoyer par mail des communications officielles, notamment à des fins associatives.
- Des films ou reportages photos pourront être réalisés en séance et être diffusés auprès du public, ou servir à des fins de promotion (plaquettes, CD, DVD, expositions photos...)
- Je reconnais en être à présent informé.e.
- J'autorise l'Association à utiliser les prises de vues et/ou photos sur lesquelles moi et/ou mon enfant figurons.
- Je souhaite être prévenu.e afin de pouvoir me retirer et/ou retirer mon enfant des séances ou séquences concernées.
- J'ai rempli le champ optionnel « Contact en cas d'urgence » au seul usage de l'Association. J'autorise en outre la communication de ces informations à un professionnel intervenant dans le cadre de la situation d'urgence : pompier, ambulancier, personnel hospitalier...

**Informations importantes** (cocher chaque paragraphe pour en confirmer la lecture) (Adhérent ou responsable.s légal.aux)

- Je suis informé.e que, pour des raisons de sécurité, je ne peux débiter mon activité au sein de l'Association sans être licencié.e et assuré.e. Cela implique qu'à sa remise, mon dossier d'inscription comprend *a minima* mon bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, le certificat médical si ma situation l'exige, ainsi que le règlement intégral de ma cotisation.
- Je comprends que j'adhère à une association et que je suis à ce titre soumis.e à ses statuts. Je suis informé.e qu'il m'incombe la responsabilité d'en prendre connaissance. Les statuts de l'Association sont mis à ma disposition par voie d'affichage ou sur simple demande. Je suis également informé.e qu'en tant que membre de l'Association, j'ai la possibilité de m'exprimer sur son activité et peux participer à son Assemblée Générale.
- Je suis informé.e que la responsabilité de l'Association n'est engagée que durant les heures de cours et qu'elle se dégage de toute responsabilité dès le cours terminé.
- Je suis informé.e que le planning prévisionnel de l'Association peut être modifié sans préavis par des impératifs propres à la vie associative : réunions, formation, activités de promotion... L'Association s'efforcera néanmoins de prévenir ses adhérents dès confirmation d'un changement.
- Je suis informé.e que le remboursement au *pro rata temporis* n'est possible que sur avis médical entraînant une inaptitude à la pratique supérieure à 2 mois, ou dans le cas d'un déménagement à plus de 30 kms de la salle, sur justificatifs. Toutefois, le montant de l'adhésion COB et de la licence-assurance FSGT n'est pas remboursable.
- Je suis informé.e que j'assume la totale responsabilité de mes affaires personnelles (vêtements, sacs, bijoux, CB, appareils, etc...) pendant ma présence au COB. Je comprends qu'il m'est expressément notifié ici que je suis invité.e à ne pas me munir d'objets de valeur.
- Je suis informé.e que les renseignements fournis sur le présent bulletin sont traités informatiquement et que je jouis d'un droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27).



Je certifie sur l'honneur la conformité des pièces jointes, ainsi que l'exactitude et la sincérité des renseignements fournis.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature de l'Adhérent (ou responsable.s légal.aux)