

1^{er} adhésion Renouvellement (d'une saison sur l'autre)

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

Mme M. Date naissance __/__/__ Si mineur, âge : __ ans

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Profession : _____

Scolaire à étudiant

Uniquement si l'Adhérent est majeur :

☎ portable : _____ ☎ domicile : _____

☎ travail : _____ ✉ : _____

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

Mme M.

NOM : _____

Prénom : _____

✉ : _____

☎ portable : _____ Profession : _____

☎ domicile : _____

☎ travail : _____

Mme M.

NOM : _____

Prénom : _____

✉ : _____

☎ portable : _____ Profession : _____

☎ domicile : _____

☎ travail : _____

Cotisation

Tarif par personne et par saison. Il comprend l'adhésion à l'Association ainsi que l'accès aux cours Bien Être, mais aussi la licence et l'assurance responsabilité civile FSGT et l'adhésions au COB.

Adhésion standard 230,00 €

Adhésion demandeur d'emploi 200,00 €

Adhésion mineur (+ 14 ans) 180,00 €

Assurance Individuelle accident¹ 4,20 €

[Administration] €

Réduction à partir du 2^e membre d'un même foyer² - 35,00 €

Réduction pour double inscription AM & BE² - 15,00 €

Réduction pour parrainage (par parrainage) 15,00 € x = €

Option sur assurance IAC-sport proposée par la FSGT €

¹ Voir au verso TOTAL €

² Réductions valables sur les inscriptions remises complètes au 31 décembre.

MINEUR

Bulletin n° [Report sur toutes les pièces]
 Remis le : __/__/__
 Paiement : Complété En cours Finalisé
 Quittance : Demandée Réalisée
 Licence : AC10 prêt Sans AI
 Enrgmts : BDR Ann
 Image @FSGT @AM BE

Récapitulatif des pièces à fournir

Pour toute inscription

- Le présent bulletin rempli (**sans agrafe ni colle**)
- Signature du verso
- Le règlement intégral de la cotisation (y compris pour les paiements échelonnés)
- Aptitude à la pratique de l'activité (cf. verso)
 - Une attestation santé
 - OU** un certificat médical

Cas particuliers

- Pas de photo remise la saison précédente
 - Une photo actuelle
- Demandeur d'emploi
 - Justificatif Pole Emploi
- Divers, selon le cas de figure
 - Le justificatif Pass'Sport
 -

Photo
NE PAS FIXER
 (Administration)
 Impression 'maison'
 sur papier standard
 acceptée

Contact en cas d'urgence

Rubrique optionnelle pour les adultes. Si l'option est refusée, cocher ici :

Mme M.

NOM : _____

Prénom : _____

Lien (optionnel) : _____

☎ portable : _____ ☎ domicile : _____

☎ travail : _____ ✉ : _____

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 chèques¹ : 1 2 3 Total : €
 - Numéro Total : €
 - Banque Total : €
 - Montant € € Total : €
 - Payer² Total : €
- Chèque.s Loisirs (C.A.F.)
 - Nombre de chèques : ... Valeur : € Total : €
- Pass'Sport (50 €) (justificatif à joindre)
 - Référence Pass'Sport à reporter ici ►
- Autre :

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

² Payer : seulement si le nom du payer est différent de celui de l'Adhérent



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

Un questionnaire de santé est mis à ma disposition pour consultation à l'Association ou téléchargeable sur le site du COB, <https://cobriochin.fr>
 Mes réponses sont personnelles, elles n'ont pas à être communiquées l'Association : **! Je ne remets pas le questionnaire à l'Association !**

J'ai consulté le questionnaire de santé approprié, selon que je suis majeur ou mineur

Si j'ai répondu NON, à TOUTES les questions posées

Je complète et signe l'attestation santé, 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>

Si 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, mentionnant l'activité pratiquée.

Je remets d'office un certificat médical ; nul besoin de consulter le questionnaire santé.

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



Une notice est disponible pour consultation par affichage à l'association, sur <https://cobriochin.fr> ou sur <https://www.fsgt.org/affiliation/assurance/>

Dans ce dépliant Assurance, je reconnais avoir pris connaissance [cocher chacune des quatre cases pour confirmer l'information]

des garanties Responsabilité Civile (RC) dont je bénéficie par le biais de ma licence

des garanties Individuelle Accident (IA) dont je peux bénéficier par le biais de ma licence, ainsi que de leur coût.

de la possibilité que j'ai de renoncer à la garantie Individuelle Accident.

de la possibilité de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires proposées par l'assureur.

Je décide [cocher les cases pertinentes]

SOIT de bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » (dont le montant figure dans la rubrique Cotisation, au verso du bulletin).

ET de souscrire en plus aux garanties complémentaires IAC-sport, pour la somme de €/an, que j'ajouterai au montant de ma cotisation.

SOIT de renoncer à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture via la fédération FSGT en cas d'accident corporel.

Par ailleurs, [cocher les cases pertinentes]

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. / Je refuse ces communications :

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. Je refuse :

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 être à présent informé.e de cette possibilité et, des deux propositions ci-dessous, je sélectionne celle qui me convient :

SOIT j'autorise l'Association à utiliser les prises de vues et/ou photos sur lesquelles moi et/ou mon enfant figurons.

SOIT 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, personnel hospitalier... / Je refuse :

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 ou l'attestation de santé selon ma situation, 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, les montants des adhésions COB ainsi que de la licence FSGT et des garanties RC et IA souscrites via la FSGT ne sont pas remboursables.

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

Date : ___/___/___

Signature de l'Adhérent

(ou responsable.s légal.aux)

Pour l'association COB AM&BE

Date

Fonction

Signature