

Association
LA SIMILIENNE
26 bis rue des Hauts Pavés
NANTES

Affiliée à : F.S.C.F- F.F.B.B
SIRET : 341 886 935 000 12 - APE 9312Z
Agrément jeunesse et sports: 04403ET0054

Tél : 02 40 12 42 26

<http://www.similiennedenantes.fr>
direction@similiennedenantes.fr

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Certificat Médical date :
Attestation Santé date :
Règlement valeur :
GYM-FORM'DETENTE DEMANDE D'INSCRIPTION 2023/2024



Téléphone domicile _____

Téléphone mobile _____

E-mail : _____

• GYM-FORM' SANTE-TONIQUE, STRETCHING, PILATES	157 €	(1 COURS hebdo)
• GYM-FORM' SANTE-TONIQUE, STRETCHING, PILATES	202 €	(2 cours hebdo)
• GYM-FORM' SANTE-TONIQUE, STRETCHING, PILATES	272 €	(3 cours hebdo)

Adhésion à l'année. (en cas d'arrêt en cours de saison, sur certificat médical, restitution partielle sous conditions, des trimestres non commencés avec retenue de 60 € de frais fixes)

Pièces à joindre

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION (PREMIERE INSCRIPTION)

OU

ATTESTATION SANTE (en cas de renouvellement de l'inscription de l'année passée)

DEBUT DE L'ACTIVITE : 4 SEPTEMBRE 2023 Fin de saison : 28 juin 2024
(Activité suspendue pendant les vacances scolaires et jours fériés)

GYM-FORM' DETENTE : HORAIRES CHOISIS : SAISON 2023- 2024
(Cochez les cases correspondantes)

Lundi	LT1 <input type="checkbox"/>	9h00- 10h30	Form' Santé	Anne	(salle Abbé Guillard)
	LT2 <input type="checkbox"/>	10h40-11h40	Pilates	Anne	(salle Abbé Guillard)
Mardi	MT1 <input type="checkbox"/>	9h00-10h00	Gym tonique	Anne	(salle Abbé Guillard)
	MT2 <input type="checkbox"/>	10h10-11h10	Pilates	Anne	(salle Abbé Guillard)
	MT3 <input type="checkbox"/>	19h00-20h00	Gym tonique	Lola	(salle Abbé Guillard)
Jeudi	JT1 <input type="checkbox"/>	9h00-10h00	Gym douce	Anne	(salle Abbé Guillard)
	JT2 <input type="checkbox"/>	10h10-11h10	Stretching	Anne	(salle Abbé Guillard)
	JT3 <input type="checkbox"/>	19h00-20h00	Gym tonique	Lola	(salle Abbé Guillard)
Vendredi	VT1 <input type="checkbox"/>	10h00-11h00	Form' Santé	Anne	(salle Abbé Guillard)
	VT2 <input type="checkbox"/>	11h10-12h10	Pilates	Anne	(salle Abbé Guillard)

Fait à NANTES, le _____ Signature de l'adhérent(e)

Suite au verso ➡



ANNEXE OBLIGATOIRE A L'ADHESION AU CLUB : saison 2023/2024

Conformément aux dispositions des lois du 16 juillet 1984 et du 13 juillet 1992, il est porté à la connaissance des adhérents de la SIMILIENNE que l'association est titulaire d'un contrat MULTIRISQUE ASSOCIATION COHESION N° **042036114001** souscrit auprès de la Compagnie GROUPAMA, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer leur pratique sportive au sein du Club.

Nous vous indiquons ci-après, la nature des garanties « Responsabilité civile vie associative » et « Protection des personnes » mentionnées au contrat précité et souscrit par l'Association LA SIMILIENNE (indexation suivant l'indice AGIRC au 01 04 2020)

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE ASSOCIATIVE

Tous dommages corporels, matériels

et immatériels confondus 16 000 000 € sans franchise pour dommages corporels

DÉFENSE RECOURS

16 000 € par année d'assurance

PROTECTION DES PERSONNES

Option 1 souscrite

Décès	Capital	20 332 €	sans franchise
Incapacité permanente	Capital	40 645 €	sans franchise
Frais de recherche	Frais engagés	5 084 €	sans franchise
Frais d'adaptation	Frais engagés	5 084 €	sans franchise
Frais médicaux	Dépenses réelles	305 €	sans franchise
Prothèses dentaires	forfait	52 €	sans franchise
Prothèses optiques	forfait	72 €	sans franchise
Indemnités journalières (en cas d'arrêt de travail)		21 €	par jour

En cas d'accident, la déclaration doit être effectuée dans les 2 jours. Joindre obligatoirement un certificat médical.

Je, soussigné, (nom) _____ (prénom) _____

Licencié(e) à LA SIMILIENNE.

Déclare avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information ci-dessus, relative au contrat d'assurance souscrit par l'association LA SIMILIENNE pour le compte de ses adhérents auprès de la Compagnie GROUPAMA et référencé sous le N° **042036114001**.

J'ai pris bonne note qu'il m'appartient personnellement de souscrire des garanties complémentaires par ailleurs, si les garanties énoncées dans la note d'information ci-dessus, ne me suffisent pas.

En cas d'urgence, prévenir : (Nom du correspondant – Adresse – Téléphone)

AUTRES RENSEIGNEMENTS (Facultatifs)

Difficultés de santé en précisant les dates : maladies, accidents, faiblesses articulaires, asthme, etc.

INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e), Nom _____ Prénom _____

N° de Sécurité sociale : _____

Autorise les cadres du Club, en cas d'urgence, à se substituer à moi-même pour tous les actes nécessaires à ma sécurité ou à ma santé et à prendre toutes décisions que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait, sur demande d'un médecin.

Protection des données personnelles.

Je, soussigné(e) _____

Donne mon consentement préalable à l'utilisation de mes données personnelles uniquement pour les besoins de gestion de l'association La Similienne, ainsi que pour l'obtention des licences d'adhésion à la FSCF.

Fait à NANTES le _____ Signature de l'adhérent(e) :