



Certificat Médical date :

Attestation Santé date :

Règlement valeur :

YOGA
DEMANDE D'INSCRIPTION 2024/ 2025

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Téléphone domicile _____

Téléphone mobile _____

Email _____

- MARDI 11h 15 à 12h 15 : salle Abbé Guillard
- MARDI 20h 15 à 21h 15 : salle Abbé Guillard
- MERCREDI 19h 00 à 20h 00 : salle Abbé Guillard
- MERCREDI 20h 15 à 21h 15 : salle Abbé Guillard
- JEUDI 11h 15 à 12h 15 : salle Abbé Guillard

Les cours reprennent à partir du mardi 17 septembre 2024

Cours dirigés par un Professeur diplômée de l'Ecole Française de Yoga et affiliée à la Fédération Nationale des Enseignants du Yoga

Je règle ma participation ANNUELLE d'un montant de : **68 €**

Au nom de la Similienne.

Je joins

UN CERTIFICAT MEDICAL (en cas de 1^{ère} inscription)

OU **UNE ATTESTATION SANTE** (en cas de renouvellement d'inscription)

M'autorisant à pratiquer cette activité physique.

Venir vêtu d'une tenue confortable avec votre tapis de sol.

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 sportives auprès de la FSCF, et de la subvention sportive de l'O.M.S. de la ville de Nantes

Fait à NANTES, le

Signature de l'adhérent(e)

(Suite au verso)



**Association Sportive et Culturelle
LA SIMILIENNE
26 bis, rue des Hauts Pavés
44000 NANTES**

ANNEXE OBLIGATOIRE A L'ADHESION AU CLUB : saison 2024/2025

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° 44109/0203611Z 10012 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 01 2018)

RESPONSABILITE CIVILE VIE ASSOCIATIVE			
Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus			
	15 000 000 €		sans franchise pour dommages corporels
DEFENSE RECOURS	16 000 €		par année d'assurance
PROTECTION DES PERSONNES			
Option 1 souscrite			
Décès	Capital	20 000 €	sans franchise
Incapacité permanente	Capital	40 000 €	sans franchise
Frais de recherche	Frais engagés	5 000 €	sans franchise
Frais médicaux	Dépenses réelles	300 €	sans franchise
Prothèses dentaires	forfait	50 €	sans franchise
Prothèses optiques	forfait	70 €	sans franchise
Indemnités journalières (en cas d'arrêt de travail)		20 €	par jour
<i>En cas d'accident, la déclaration doit être effectuée dans les 2 jours. Joindre obligatoirement un certificat médical.</i>			

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°44/203611Z/1008.

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.

Fait à NANTES le.....

Signature