



Association Culturelle et Sportive de l'Hôpital Saint Louis

FICHE D'INSCRIPTION

20.. / 20..

Nom _____ Prénom _____
Date et Lieu de naissance _____
Nationalité _____ Profession _____
Adresse _____
Code postal et Ville _____
Téléphone _____ Mobile _____
Email _____

Etes vous véhiculé? OUI NON
Si Oui Type Voiture Scooter / Moto
Marque _____ Couleur _____
Plaque d'immatriculation _____

Activités souhaitées :

Un certificat médical de moins d'un an est obligatoire pour la pratique d'une activité sportive.

Mineur

Je soussigné(e) _____ responsable légal de _____
_____ autorise mon enfant à adhérer et à prendre part aux activités de l'ACHSL.

Adhésion et Cotisation

Primo adhérent 60,00€ Cotisation 30,00€

CADRE RESERVE A LA TRESORERIE

Payée le _____ Par _____

Droit d'image

Je soussigné(e) _____
Ou responsable légal de _____
Autorise, Refuse, expressément à l'association culturelle et sportive de l'hôpital Saint Louis (ACHSL) ou ayant droits pour que ceux-ci utilisent gratuitement les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles je pourrais apparaître, prises à l'occasion de diverses manifestations, sur tous documents y compris les documents promotionnels et / ou publicitaires, site WEB de l'ACHSL, sur tous supports dans le monde entier pour la durée la longue telle qu'elle résulte des conventions nationales et internationales.

Règlement

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACHSL, m'engage à le respecter et à le faire respecter.

Fait à Paris, le

Signature du membre
précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature du Trésorier