

Je souhaite une ATTESTATION DE PAIEMENT

À remplir par l'adhérent(e) et à conserver par l'association :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NOM DE L'ENFANT : .....

PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

MAIL : .....

TÉLÉPHONES : .....

Je déclare par la présente devenir membre de l'association ATLAS

Je déclare par la présente que mon enfant devient membre de l'association ATLAS

Je fournis les documents suivants :  Décharge médicale  Certificat médical

Fiche mineur  RIB

ACTIVITÉ(S) CHOISIE(S) : .....

Adhésion individuelle obligatoire : 15 € + Cotisation activités : .....€ + Participation aux frais : .....€

► Montant total = .....€

MOYENS DE PAIEMENTS :  Chèques  Espèces  Prélèvements Bancaires

Chèques Vacances  Chèques Comité Entreprise

Carte Collégiens  Caf  Sport Montant : ..... € Numero : .....

ÉCHÉANCIER DES RÈGLEMENTS PAR CHÈQUES ET PRÉLÈVEMENTS

Septembre 23  Octobre 23  Novembre 23  Décembre 23

Janvier 24  Février 24  Mars 24  Avril 24  Mai 24  Juin 24  Juillet 24  Aout

(Notez au dos des chèques le mois correspondant aux prélèvements. Montant total divisé par nbr de mois)

- Je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de régler mon adhésion et ma cotisation dues pour la saison en cours. Aucun remboursement ne sera effectué pendant la saison.

- Consentement : Ce bulletin d'adhésion confirme la demande de qualité de membre de l'association ouvrant droit à l'Assemblée Générale ainsi qu'à la pratique d'activités correspondantes à la réalisation de l'objet (article 2). Conformément à l'article 8 alinéa 3 des statuts modifiés le conseil d'administration pourra refuser des adhésions avec avis motivés aux intéressés.

- J'autorise l'association Atlas ou ses partenaires, à faire des photos ou vidéos de moi-même et/ou de mon enfant, durant les cours, spectacles ou lors de manifestations initiés par Atlas.

Fait à ..... Le .....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.  
Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications aux données personnelles vous concernant, pour l'exercer adressez-vous au secrétariat de l'association.

**A.T.L.A.S • association à but non lucratif (loi 1901)**

Adresse postale : Centre d'Animation Municipal - Bd des Jeunes • 13340 ROGNAC

06 44 25 22 82 • [admi.atlasrognac13@gmail.com](mailto:admi.atlasrognac13@gmail.com)

SIRET : 47934051500044 • APE : 9329Z • Agréé : chèques ANCV / Carte collégiens

Suite à mon inscription à l'activité .....  
et en raison de l'absence de certificat médical de non contre indication à la pratique sportive, je décharge  
l'association ATLAS, ses responsables, les animateurs et ses membres de toutes réclamations, actions  
juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne  
ou à mon enfant, et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je  
pratique cette activité, et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence  
ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupation des lieux.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou  
liées au fait que je pratique cette activité.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

Je certifie que :  Je suis  Mon enfant

1. Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap,  
que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour.
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité.
3. Reconnaiss la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient des risques que j'encoure.
4. En outre, le(s) parent(s) ou les tuteur(s) légal(aux) des participants mineurs accepte(ent) de  
communiquer aux dits participants les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus,  
ainsi que leurs conséquences, et consent(ent) à la participation des dis mineurs.

***J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, j'accepte les conditions  
énoncées ci-dessus. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.***

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

DATE : ..... SIGNATURE

NOM DE L'ADHÉRENT MINEUR : .....

PRÉNOM DE L'ADHÉRENT MINEUR : .....

DATE : ..... SIGNATURE

Ce document est strictement confidentiel

Professeur, Animateur : ..... Activité : .....

NOM DE L'ENFANT : .....

PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

TÉLÉPHONES DES PARENTS :

Mère : .....

Père : .....

AUTRES PERSONNES À CONTACTER. Préciser le lien de parenté ou d'intérêt commun (amis, parents même cours, voisins,...) :

1) .....

2) .....

3) .....

MÉDECIN TRAITANT : .....

TÉLÉPHONE : .....

Autorisation d'intervention d'un service d'urgence (Pompier, SAMU, Médecin de garde,...)

OUI  NON

INFORMATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT L'ENFANT (Allergies/Autres) : .....

.....

.....

*Nous rappelons que pour tous les adhérents mineurs de moins de 13 ans, ces derniers devront être accompagnés et récupérés par les parents ou personnes nommément désignées par eux auprès des professeurs, animateurs dans les studios ou salles de cours.*

*Je déclare avoir pris connaissance de l'intégralité du présent document et avoir donné les informations exactes requises.*

Fait à ..... Le .....

Signature des parents