



# Bulletin adhésion

## SAISON 2026/2027

### INFORMATIONS ADHERENT PRATIQUANT

Homme

Femme

Nom et prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code postal + Ville :      .....

J'ai rempli un questionnaire de santé et j'atteste avoir répondu par la négative à toutes les questions

Je remets un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique et / ou du cirque de moins d'un an

**RESPONSABLE LEGAL - NOM PRENOM :**

.....

### CONTACT

TELEPHONE 1 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

TELEPHONE 2 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

MAIL 1 .....

MAIL 2 .....

**JE SIGNE ET J'ACCEPTÉ LE REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION - LE REVEIL AMBERIEU GYM**

Signature :

