



*ATTESTATION INSCRIPTION **nouvel adhérent***
SECTION ADULTES

Date du certificat médical :.....

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Tel :

Mail :@.....

J'autorise le Club GYM et RYTHME à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident.

Personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone :

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Indications médicales nécessitant d'être portées à notre connaissance :

.....

.....

J'autorise la publication sur le site Internet de GYM & RYTHME, des photos prises au cours des entraînements, stages ou autres manifestations organisées par le club :

Oui

Non

Fait à Crolles le

Signature :