ASBL GYM DANSE LOISIRS

Cadre réservé à l'AGDL

N° : .....
Date d'inscription :
.....

BULLETIN D'INSCRIPTION 2026-2027

Autorisation parentale (pour les mineurs)

JE SOUSSIGNÉ(E),
NOM – PRÉNOM : .....

PÈRE/MÈRE/TUTEUR/REPRÉSENTANT LÉGAL de
NOM – PRÉNOM (de l'enfant) .....

Inscrit mon enfant au club Asbl Gym Danse Loisirs sous les conditions reprises ci-dessous.

Le membre

SEXE : M ou F NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE : .....N° :..... CP : .....LOCALITÉ : .....
EMAIL (en majuscule) : .....
DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... N° NATIONAL : .....
TEL.– GSM : .....
Cours suivi(s) (code) :.....

Donne mon consentement à l'Asbl Gym Danse Loisirs en vue de la prise de photos ou vidéos et de leur publication dans le cadre de leurs évènements et leurs communications. **OUI / NON**

En signant, je m'engage à :

Lire le règlement d'ordre intérieur sur le site internet de l'Asbl Gym Danse Loisirs et m'y conformer.
Lire le règlement général sur la protection des données sur le site internet de l'Asbl Gym Danse Loisirs et y adhérer.
Compléter la fiche santé et je confirme être informé(e) d'être couvert(e) pour les accidents corporels, une fois l'inscription confirmée par le paiement et la remise du bulletin d'inscription.

Date :
Signature :

Voir verso

FICHE SANTE (CONFIDENTIEL)

Les informations ci-dessous seront réservées à une utilisation interne par le club et utilisées en cas de nécessité.

Avez-vous subi une ou plusieurs opérations ou contracté des maladies susceptibles d'affecter votre activité sportive ? Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Devez-vous prendre quotidiennement des médicaments ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Êtes-vous allergique à certains aliments, matières, médicaments ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence (parents / conjoint(s)) :

Personne de contact n°1 :

Nom + Prénom + Titre : .....
Numéro de tél : .....

Personne de contact n°2 :

Nom + Prénom + Titre : .....
Numéro de tél : .....

Autres informations importantes ?

.....
.....

Je donne mon autorisation pour que l'on administre les premiers soins d'urgence et/ ou que l'on me transfère à l'hôpital si nécessaire. OUI / NON

Date, prénom, nom et signature :