|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entente Athlétique Villefranche** Stade Lemouton - 43, rue Mirabeau  69400 Villefranche - Tél : 04-74-62-94-14 Portable : 06 63 37 20 03 | labelclub16-17.png  **Athlétisme Calade Val de Saône** [Athle.acvs@free.fr](mailto:Athle.acvs@free.fr)  <http://athle-acvs.fr> |  |

**INSCRIPTION JEUDI DE LA FORME : SAISON 2023 – 2024**

Nom **: ..............................................** Prénom **: .**..................................... Sexe : ...........

Date de naissance : ..................... Nationalité :...............Téléphone  ....................................

E-mail (en majuscules SVP): .................................................................   
Portable **🖁** : ........................................   
Adresse **: ...............................................................................**

CP / Ville : ....................

Date certificat médical : ………………….ou Questionnaire de santé(\*)

La séance hebdomadaire est prévue le **Jeudi de 10h30 à 12h** – RDV Palais des Sports de Villefranche – Rue Auguiot.

L’adhésion **annuelle est à 150 €** ,

Chèque à établir à l’ordre de l’EA Villefranche (possibilité de régler en **3 fois maximum sur 3 mois consécutifs** par chèques bancaires signés et datés du jour de la remise de l'adhésion).

**Le dossier est à nous rendre avec les pièces suivantes :**

**-Pour les inscriptions un certificat médical de votre médecin de non contre-indication à la pratique de la Marche Nordique de moins de 1 an.**

**-Pour les renouvellements un questionnaire de santé comportant que des réponses négatives si votre certificat médical est de moins de 3 ans,sinon fournir un nouveau certificat médical(\*)**

**- Une attestation de responsabilité civile vie privée,**

**- Le règlement de votre adhésion.**

Fait à ……………………………………… le ................... Signature

**CERTIFICAT MEDICAL**

à retourner

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Et n’avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de :**

**\* - la Marche Nordique ou à la Condition Physique.**

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_

Cachet & Signature du médecin

*Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être* ***daté de moins de six mois*** *au moment de la demande de création ou de renouvellement.*