



section

Activités Physiques et Bien-Être

Contact : C.S.M.S. - G.V.

Tel : 04 94 30 61 57 ou 06 09 42 73 42

e-mail : csms.gv83@gmail.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024 – 2025

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :

Téléphone(s) :

e- mail : @

Numéros des cours choisis :

Montant de la cotisation payée : 40€ +

Montant du Mécénat :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur certifie avoir pris connaissance des règles de vie de la GV (document joint programme) .

Date:

Signature

:




Partenaire Majeur du CSMS

A

- Je désire souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes qui m'est proposée couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé dans la pratique des activités sportives
- Je ne désire pas souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes qui m'est proposée couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé dans la pratique des activités sportives

Cocher la case qui vous convient

B

 Le Questionnaire de Santé doit être rempli et conservé par vos soins. Document confidentiel.

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

IMPORTANT

- 1) Dans votre messagerie, si vous recevez du courrier de DOKEOP, ne pas jeter, c'est le site qui établit les licences
- 2) Regarder régulièrement vos « SPAMS » ou « INDESIRABLES », des messages importants peuvent s'y être glissés.