

ETAT CIVIL DE L'ADHERENT

Nom prénom

Date et ville de naissance

Age

Adresse complète

Téléphone

Mail

Inscrit(e) sur la saison précédente

Oui ☐

Non ☐

CHOIX DE L'ACTIVITE (ANNEE SPORTIVE DE SEPTEMBRE À JUIN)

FIT'N FORME

☐

Lundi (écoles St Jean)

☐

Jeudi (écoles Fabre)

PILATES

☐

Mardi 17h

☐

Mardi 18h

YOGA

☐

Mardi (égyptien)

☐

Jeudi (hatha flow)

☐

Samedi (hatha)

QI GONG

☐

Vendredi 14h Mairie Est

MARCHE NORDIQUE

☐

Mercredi 18h Lieux variable

TARIFS

Montant à régler :

1 cours/semaine : tarif 1 : 110€ / tarif 2 : 130€ / tarif 3 : 150€

Cours supplémentaire : tarif 1 : 90€ / tarif 2 : 90€ / tarif 3 : 90€

Tarif 1 : revenus mensuels < 680 € | Tarif 2 : revenus entre 680 € et 3 000 € | Tarif 3 : revenus > 3 000 €

REGLEMENT

Montant

☐

Espèces

☐

Virement

☐

Autre (ex : ANCV)

Numéro du chèque

☐

Chèque 1

☐

Chèque 2

☐

Chèque 3

IBAN CASL : FR76 1027 8065 1000 0516 7084 558 - BIC CMCIFR2A

Paiement possible en **3 fois maximum uniquement par chèque**.

Aucun remboursement ne sera accordé en cas d'absence ou d'abandon.

CONFIRMATION D'ADHESION AU CASL

1) Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du C.A.S.L. et de respecter ses modalités.

En adhérant à l'association C.A.S.L., je deviens adhérent(e) et licencié(e) de la Fédération Léo Lagrange, mouvement d'éducation populaire (plus d'informations sur www.leolagrange.org).

En conséquence :

*Je bénéficie, dans le cadre des activités de mon association, d'une assurance responsabilité civile, défense, indemnisation des dommages corporels, recours et protection juridique. L'assurance responsabilité civile me couvre en cas de faute, imprudence ou négligence. Elle ne me couvre pas en cas de faute intentionnelle et ne me préserve pas d'éventuelles poursuites pénales.

*J'ai été informé(e) que je bénéficie pendant toute la durée de mon adhésion et sans coût supplémentaire, des services de l'Association Léo Lagrange pour la défense des consommateurs (ALLDC).

Je reconnais avoir été informé(e) qu'il était de mon intérêt de souscrire une assurance complémentaire couvrant les dommages corporels auxquels peut m'exposer cette pratique sportive.

(Facultatif) Je souhaite souscrire une assurance complémentaire MAIF I.A Sport (11,85€/an) ☐

La Fédération Léo Lagrange déclare ses fichiers de membres et d'associations adhérentes à la commission nationale, de l'informatique et des libertés (CNIL). En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Veuillez-vous adresser à votre association.

2) J'autorise la prise de vue, la reproduction et la publication de mon image en tant qu'adhérent(e) au CASL ou l'image de mon enfant adhérent afin d'illustrer les publications sur support papier et/ou numérique destinées à un public interne ou externe du Club Avignon Sports Loisirs à des fins non-commerciales.

Cette autorisation est consentie à titre gracieux pour trois années à compter de ce jour.

3) AUTORISATION PARENTALE POUR LES ADHERENTS MINEURS

Je soussigné(e)

agissant en qualité de :

père ☐

mère ☐

tuteur ☐

autorise (prénom et nom de l'enfant)

à pratiquer « l'activité Sport Santé Bien-Etre » au sein du Club Avignon Sports Loisirs pour la saison 2026/2027.

Et autorise les responsables de l'association à prendre toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales qui pourraient être nécessaires en cas d'accident ou de maladie.

PIECES A FOURNIR (TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RECEVABLE)

☐

Questionnaire de santé complété ou certificat médical

☐

Dernier avis d'imposition pour justifier des tarifs 1 et 2

☐

Dossier d'inscription complété et **signé**

☐

Règlement **complet**

SIGNATURE (DE L'ADHERENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL)

Fait à

Date :

