



BULLETIN D'ADHESION

Date de réception : / /2019

SECTION :

Traité par :

Cadre réservé à l'administration

Modalités d'inscription : à lire attentivement

- Pour assister aux activités, votre dossier devra être complet et validé par le secrétariat
 - Les activités reprendront le **16/09/2019**
 - Annulation ou rétraction * :
 - Dossier déposé avant le 16/09/19 ⇒ jusqu'au 01/10/19
 - Dossier déposé après le 16/09/19 ⇒ 2 semaines à compter du dépôt de dossier
- * **exception** : la licence sportive pour les sections hand et foot n'est pas remboursable

Je soussigné(e)(nom – prénom)
 responsable de l'enfant (nom – prénom), né(e) le / /
 certifie avoir pris connaissance des modalités d'inscription et en accepter les conditions.





Date : / /2019

Signature (obligatoire) :



Mon activité au PLL

APE	PRATIQUANT			DIRIGEANT / BENEVOLE
	Mardi 9H30-10H30	Mardi 19H-20H	Merc 19H-20H	
	Jeudi 9H30-10H30	Vendredi 9H30-10H30		
Babvhand				
Eveil sportif 3/6 ans	Mercredi 15h-15h45	Samedi 9h15-10h		
Ecole de sport 6/8 ans	Mercredi 14h-15h	Samedi 10h-11h		
Ecole de Roller	Vendredi 17h30-18h15	Vendredi 18h15-19h15		
Multisport 10-14 ans				
Football				
Handball				
Sport Bien Etre				
Handivalides				
Jeux de stratégie				
Multisports adultes				
Peinture	Carré d'art	Peindre en liberté		
Photo				
Porcelaine	Mardi aroube A	Mardi aroube B		
Sport santé				
Tennis de table				
Théâtre d'Imoro				
Vollev				
Yoga	Lundi soir	Jeudi matin		
Yole				

ADHERENT mes informations

NOM	PRENOM	GENRE	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE :	DPT DE NAISSANCE :			
 Adresse :	N° & rue :			
	CP & Ville :			
Téléphone				
Email			@	
N° allocataire CAF :				

Responsable légal :

NOM	PRENOM	GENRE	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Lien de parenté :				
Téléphone				
Email			@	

Autorisations

SOINS ET HOSPITALISATIONS	
<p>Je soussigné(e)(nom – prénom) responsable de l'enfant (nom – prénom), né(e) le / / autorise les responsables de la section ou de l'activité à lui faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente...</p>	
A Brest, le : / /2019	Signature (obligatoire) :
DROIT A L'IMAGE	
<p>Je soussigné(e)(nom – prénom) responsable de l'enfant (nom – prénom), né(e) le / / autorise le PLL à me photographier ou à photographier mon enfant au cours des séances 2019/2020 . Ces images ne seront diffusées que sur les documents édités par le PLL.</p>	
A Brest, le : / /2019	Signature (obligatoire) :

Montant de la cotisation :	€	
Especes	<input type="checkbox"/>	
Cheque(s)	<input type="checkbox"/> → →	N° / montant / Date d'encaissement
ANCV	<input type="checkbox"/>	N° / montant / Date d'encaissement
Bons U	<input type="checkbox"/>	N° / montant / Date d'encaissement
Chèque sport	<input type="checkbox"/>	N° / montant / Date d'encaissement
Déduction aide ville selon QF	<input type="checkbox"/>	N° / montant / Date d'encaissement
montant : €	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	