

Les informations (absence de prof, problème de salle) seront transmises sur INTRAMUROS (appli à télécharger)

Documents rendus : RGPD signé
Droit Image accepté : OUI NON
Enveloppe timbrée :
Questionnaire Santé ou date certif médical :

N° CARTE D'ADHESION : F31008

Si Adhésion autre foyer ou autre activité à Escale:

N° adhérent et ville ou activité :

ADHERENT

1^{ère} adhésion Renouvellement

Attestation C.E. Pass'sport culture
PECHBONNIEU

SEXE : M F

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Nom du représentant légal (pour les mineurs) :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail OBLIGATOIRE et en majuscule :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Téléphone :

GYM²

Important: cocher la ou les activités pratiquées

PACK 1(160€) :GYM PILATE ZUMBA Lundi ZUMBA Jeudi

PACK 2 (190€) : PACK 1 + YOGA

PACK 3 (240€): PACK 1 + MARCHE NORDIQUE Mercredi

PACK 4 (260€) : PACK 2 + MARCHE NORDIQUE Mercredi

PACK 5 (230€) : YOGA + MARCHE NORDIQUE Mercredi

YOGA SEUL (130€)

MARCHE NORDIQUE SEULE : Mercredi (140€) Dimanche (70€)

REGLEMENT chèque à l'ordre d'ESCALE

ADHESION **18 €** → chèque n°

COTISATION : Banque :

Titulaire du compte :

Chèque n°..... Montant :

Chèque n°..... Montant :

Chèque n°..... Montant :

Espèces :

Chèques vacances :

Ou Coupon Sport ANCV.....

INFORMATIONS ET REGLEMENT

Pour faciliter l'organisation de vos cours, voici quelques recommandations :

- 1 Remplir correctement cette fiche d'adhésion (recto/verso) + RGDP + Questionnaire Santé
- 2 Fournir **1 enveloppe** timbrée à votre adresse.
- 3 Précisez vos lieux et horaires de cours ainsi que le nom de l'animateur (voir tableau au verso)
- 4 **Avoir un tapis personnel – obligatoire**
- 5 **Le changement des chaussures est obligatoire avant l'entrée en salle de sport**
- 6 Aucun remboursement ne sera effectué sauf sur présentation d'un certificat médical daté et envoyé au moment de l'arrêt
- 7 Tout trimestre commencé reste dû

ASSURANCE : l'adhésion ESCALE comprend une assurance pour tout accident survenu lors d'une activité gérée par le Foyer Rural, à l'exception des accidents de circulation pouvant survenir lors d'un déplacement avec un véhicule personnel.

DOSSIER COMPLET A RENDRE au

8 Chemin de Labastidole
31140 PECHBONNIEU

Fait à..... Le.....

Signature :

Avec la mention écrite « Lu et approuvé »



JOURS ET HORAIRES DES ACTIVITES PRATIQUEES

ACTIVITEES, PROFESSEURS	JOURS ET HORAIRES
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TARIFS ET MODALITES DE PAIEMENT

ACTIVITES	PAIEMENT COMPTANT (Novembre)	PAIEMENT TRIMESTRIEL (Nov. Janv. Avril)
PACK 1	160 €	60€ - 50€ - 50€
PACK 2	190 €	70€ - 60€ - 60€
PACK 3	240 €	80€ - 80€ - 80€
PACK 4	260 €	87€ - 87€ - 86€
PACK 5	230 €	80€ - 80€ - 70€
YOGA SEUL	130 €	45€ - 45€ - 40€
MARCHE NORDIQUE (Mercredi)	140 €	50€ - 50€ - 40€
MARCHE NORDIQUE (Dimanche)	70 €	30€ - 20€ - 20€

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je déclare autoriser le Foyer Rural ESCALE (ses membres, bénévoles ou intervenants) à :

- Me photographier/filmer dans le cadre de ses activités au cours de la saison
- Reproduire et diffuser ces images sur tout média (CD, papier, site internet, etc.)

**Rayer si
Refusé**

Fait à..... Le.....

Signature Avec la mention écrite « Lu et approuvé »



8 Chemin de Labastidole – 31140 Pechbonnieu
Tél. : 05.61.09.73.32 – mail : frescale@wanadoo.fr
SIRET 342 227 519 00010

AUTORISATION DE TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

En remplissant le formulaire d'adhésion ci-joint, vous acceptez que l'association ESCALE mémorise et utilise les données personnelles qu'il contient dans le but d'assurer la gestion administrative de votre adhésion et de vous garantir les droits qui en découlent (assurance, participation aux activités, droit de vote à l'Assemblée générale, etc.). Le cas échéant et pour des raisons techniques, cette gestion pourra être déléguée à la Fédération Départementale des Foyers Ruraux.

Parce que nous considérons que l'accès à la l'information fait partie de vos droits essentiels en tant qu'adhérent(e), vous autorisez l'association ESCALE à communiquer avec vous (courrier, téléphone, sms, mail) via les coordonnées collectées dans le formulaire d'adhésion et à transmettre votre adresse électronique à la Fédération Départementale des Foyers Ruraux, dans le but exclusif de vous tenir dûment informé(e) des actions et activités relatives au réseau départemental des Foyers Ruraux.

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'association ESCALE s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, hormis ceux précisés ci-dessus, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles (RGPD) et à notre politique de protection des données.

Vous disposez du droit de faire modifier ou supprimer vos données personnelles sur simple demande adressée à la présidente de l'association ESCALE ou à cnfr@mouvement-rural.com. De même, vous pourrez à tout moment vous désabonner facilement de toute liste de diffusion facultative par un simple clic sur un lien prévu à cet effet au bas de chaque envoi ou sur simple demande adressée au responsable de l'association ESCALE.

Je, soussigné(e)..... accepte la conservation et le traitement de mes données personnelles aux fins précisées ci-dessus.

ALe.....

Signature :

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Je, soussigné(e)atteste par la présente avoir répondu »NON « à toutes les questions et donc ne pas avoir à fournir de certificat médical.

A Le Signature :