

# Club de la Retraite sportive des Coëvrons

## BULLETIN D'INSCRIPTION – année 2016 / 2017

N° licence : \_\_\_\_\_

Nom ..... : \_\_\_\_\_

Prénom ..... : \_\_\_\_\_

Adresse ..... : \_\_\_\_\_

Code postal & ville : \_\_\_\_\_

Date naissance : \_\_\_\_\_

Adresse e.mail : \_\_\_\_\_

Téléphone } Fixe : \_\_\_\_\_  
                  } Mobile : \_\_\_\_\_

### Mode de règlement

chèque (1)     espèces

Montant            **34 € 00**

Banque \_\_\_\_\_

N° chèque \_\_\_\_\_

(1) A l'ordre de :  
**Retraite Sportive des Coëvrons**

**Merci de cocher la (ou les) case(s) ci-dessous correspondant à (ou aux) activités choisie(s)  
7 au maximum**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités dansées            | <input type="checkbox"/> Gymnastique aqua   | <input type="checkbox"/> Raquettes à neige |
| <input type="checkbox"/> Activités gymniques – S.M.S. | <input type="checkbox"/> Jeux de boules     | <input type="checkbox"/> Ski alpin         |
| <input type="checkbox"/> Bowling, sports de quilles   | <input type="checkbox"/> Marche nordique    | <input type="checkbox"/> Ski de fond       |
| <input type="checkbox"/> Cyclotourisme – V.T.C.       | <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre | <input type="checkbox"/> Swin golf         |

**IMPORTANT : L'inscription ne sera pas acceptée si le bulletin n'est pas accompagné d'un certificat médical attestant de l'aptitude à la pratique d'une activité sportive.**

Ne pas découper cette partie même si elle n'est pas utilisée

### Certificat médical annuel préalable à la pratique des sports d'entretien

Je soussigné, Docteur .....demeurant .....

certifie avoir examiné Mme – Mlle – M. ....

née le : ...../...../..... demeurant .....

appartenant à la F.F.R.S. (Fédération Française de la Retraite Sportive) et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques contre-indiquant la pratique des activités suivantes :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités dansées            | <input type="checkbox"/> Gymnastique aqua   | <input type="checkbox"/> Raquettes à neige |
| <input type="checkbox"/> Activités gymniques – S.M.S. | <input type="checkbox"/> Jeux de boules     | <input type="checkbox"/> Ski alpin         |
| <input type="checkbox"/> Bowling, sports de quilles   | <input type="checkbox"/> Marche nordique    | <input type="checkbox"/> Ski de fond       |
| <input type="checkbox"/> Cyclotourisme – V.T.C.       | <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre | <input type="checkbox"/> Swin golf         |

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature du médecin - cachet