

BULLETIN INSCRIPTION ou **RENOUVELLEMENT** Cotisation 1 chèque : **27,50 €**

Détail de la cotisation FFRS : 20 € - CORERS Rhône-Alpes: 1 € - CODERS 74: 2 € - CORS 74 : 4,50 €

Ecrire très lisiblement à l'encre NOIRE et en MAJUSCULE. Etablir les chèques à l'ordre du **Cors 74**.

N° licence / club	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Genre	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F		
Retraité (e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	date naissance	<input type="text"/>
Nom / prénom	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>			
Ville / Code postal	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Téléphone fixe / mobile	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Courriel	<input type="text"/>			@
Assurance sport +	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	joindre chèque	6 €

Activités **EFFECTIVEMENT** pratiquées

<input type="checkbox"/> Activités dansées	<input type="checkbox"/> Gymnastique aquatique	<input type="checkbox"/> Ski de fond
<input type="checkbox"/> Activités gymniques	<input type="checkbox"/> Jeux de boules	<input type="checkbox"/> Taï -chi
<input type="checkbox"/> Act ludiques/culturelles	<input type="checkbox"/> Marche nordique	<input type="checkbox"/> Tennis de table
<input type="checkbox"/> Aviron	<input type="checkbox"/> Randonnée pédestre	<input type="checkbox"/> Yoga
<input type="checkbox"/> Billard	<input type="checkbox"/> Raquettes à neige	
<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Ski alpin	<input type="checkbox"/> Autres :

Limitation FFRS : 5 activités maximum

J'accepte que les photos où j'apparais lors des divers voyages ou activités pratiquées soient diffusées sur le site internet du Cors 74.

Le : / / 201...	Cadre réservé au Secrétariat Nom de la personne qui a pris l'inscription : date : / / 201....
Signature :	

Faire remplir le certificat ci-dessous ou joindre un certificat de moins de 1 an à la date d'inscription.

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATIONS		
Je soussigné, docteur	: Médecin à :
Certifie avoir examiné ce jour :		
<input type="checkbox"/>	ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique hors compétition, des activités sportives souhaitées par cette personne comme indiqué ci-dessus, (nombre :)	
<input type="checkbox"/>	avoir constaté des contre indications à la pratique, hors compétition des activités sportives suivantes :	
.....		
Date	Tampon	Signature du Médecin
..... / / 201...		