ADHÉSION CLUB FOYER des SOARNS 2024

Exemplaire original à conserver au club

☐ Renouvellement
☐ Première adhésion

Nom : ……**Prénom :** …… **N° de licence :** |__|__|__|__|__|__|

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ……..

Adresse : ……..

Code postal : …… **Ville :** ……

Tel : …… **Email :** ……..

FORMULES DE LICENCES

	MINI BRAQUET * (A)	PETIT BRAQUET (A)	GRAND BRAQUET (A)	COTISATION CLUB (B)	TOTAL (A)+(B)
ADULTE	49,50 € ☐	51,50 € ☐	101,50 € ☐	10 €	€
Jeunes de 18-25 ans	33,00 € ☐	35,00 € ☐	85,00 € ☐	10 €	€

FAMILLE					
2ème ADULTE	34,00 € ☐	36,00 € ☐	86,00 € ☐	10 €	€
Jeunes de 18 à 25 ans	33,00 € ☐	35,00 € ☐	85,00 € ☐	10 €	
ABONNEMENT REVUE	28,00 € ☐	TOTAL : OPTIONS ASSURANCE + ABONNEMENT			€

CONSTITUTION DU DOSSIER ADHÉSION AU CLUB

- Le présent bulletin d'inscription, daté et signé, comprenant la déclaration du licencié relative au contrat d'assurance.
- Un chèque à l'ordre du **Foyer des Soarns**, correspondant aux options choisies.

Le tout sera à déposer dans la boîte aux lettres du Foyer, place Georges Brassens Orthez.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

☐ J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.
J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

Déclaration reconnaissant avoir pris connaissance de la notice d'information relative au contrat d'assurance

Je déclare

- Avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents.
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération.
- Avoir choisi une formule MB, PB, ou GB et les options suivantes :

Indemnité Journalière forfaitaire ☐ Complément Décès/Invalidité ☐

- Ne retenir aucune option complémentaire proposée ☐

Fait le …… Signature obligatoire :