

Toutes Sportives



LE SPORT au féminin



ADULTES



PARENTS /
ENFANTS



ADOS



M3S@UFOLEP83.ORG



07 49 59 27 89



ESPACE SOCIO SPORTIF LE GERMINAL
BOULEVARD JEAN ROSTAND
83500 LA SEYNE-SUR-MER

PLANNING TOUTES SPORTIVES

Ce planning est susceptible d'être modifié

HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9H-10H	COURS COLLECTIF	SPORT COLLECTIF		COURS COLLECTIF	COURS COLLECTIF
10H-11H	COURS COLLECTIF	MUSCULATION / PILATES	PARENTS / ENFANTS	PILATE	
11H-12H				MUSCULATION	
14H-15H	RANDONNÉE		14H30 - 15H30		
15H-16H			ADOS		

TARIFS



ADULTE : Adhésion 35€ à l'ordre de UFOSPORT 83+ Cotisation 50€ à l'année ou 15€ le mois ou 1€ la séance à l'ordre UFOLEP83

ADO: Adhésion 20€ à l'ordre UFOSPORT 83
puis 15€ le trimestre à l'ordre UFOLEP83

ENFANT : Adhésion 15€ à l'ordre UFOSPORT 83 puis 15€ le trimestre à l'ordre UFOLEP83

AVANTAGES DE L'ADHÉSION

Ouvre le droit de participer aux différentes activités et événements

Permet d'être couvert par une assurance

Offre un pourcentage chez nos partenaires

Offre la possibilité d'être suivie par la Maison Sport Santé

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **Sexe :**

Adresse :

Code postal : **Ville :**

E-mail : **Téléphone :**

Inscription au dispositif (case à cocher) ☐ à l'année ☐ au mois ☐ à la séance

Taille t shirt :

Autorisation / décharge (pour les mineurs uniquement)

Je soussigné(e) Madame / Monsieur Père/Mère de l'enfant autorise celui-ci à pratiquer les activités du dispositif Toutes Sportives.

En cas d'accident survenu pendant la séance, j'autorise les personnes responsables à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche et à leur faire prodiguer tous les soins d'urgence nécessaires.

J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à rentrer par ses propres moyens à l'issue des séances.

Droit à l'image : j'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à figurer sur les photos ou vidéos des séances.

Mention « lu et approuvé » manuscrite

Signature

Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités Toutes Sportives

Toutes Sportives

Je soussigné(e), , Docteur en Médecine, certifie avoir examiné
Mme/Mlle né(e) le

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique des activités
du dispositif Toutes Sportives encadrées par l'UFOLEP du Var.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres
le

À

Signature et cachet du Médecin