



# PLOUBALAY REBELS

Association Loi 1901

---

DEMANDE D'ADHESION 2021/2022

A remettre en cours ou renvoyer au plus tard le **29 septembre 2021** à  
Association Ploubalay Rebels - Mairie de Ploubalay - 5B rue Ernest Rouxel - BP01  
22650 BEAUSSAIS S/MER

## REEMPLIR UNE FEUILLE PAR PERSONNE

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. fixe

Tél. portable

Courriel :

Avez-vous déjà pratiqué la Danse Country :  OUI Nombre d'années : \_\_\_\_\_ ans  NON

Etes-vous membre d'un autre club de danse :  OUI Lequel : \_\_\_\_\_  NON

Votre niveau 2021  Débutant  Novice  Intermédiaire  Avancé

### Moins de 18 ans :

Le représentant légal : Nom..... Prénom..... Tél.....

Déclare autoriser sous sa responsabilité le mineur ci-dessus à participer aux cours de danse country.

Les enfants entre 8 et 16 ans sont acceptés à condition **d'être accompagnés** d'un parent pendant les cours.

Date :

Signature du représentant légal :

Je reconnais avoir lu le règlement intérieur de l'association et l'accepter sans réserves.

J'autorise l'association à utiliser mon (mes) image(s) prise(s) lors d'activités de l'association à des fins de promotion et/ou d'information y compris sur son site internet.

### TARIFS 2021/2022\*

• 75 € par personne / 130 € par couple

• 50 € de 8 à 18 ans

### PIECES A JOINDRE

- Certificat médical portant mention de "non contre-indication à la pratique de la danse" ou simple attestation (ci-dessous) si un certificat médical de moins de trois ans a été fourni auparavant.

- Règlement par chèque à l'ordre de "Ploubalay Rebels" ou espèces

3 chèques de 25€

3 chèques : 1 chèque de 50€ et 2 chèques de 40€

Les chèques seront encaissés : 1 en Septembre 2021 ; 1 en Janvier 2022 et 1 en Avril 2022 sauf en cas de fermeture des salles pour cause de pandémie. Tout trimestre commencé reste dû à l'association.

Date :

Signature :

\*L'adhésion comprend les frais d'affiliation de l'association à la Fédération Française du Bénévolat Associatif (SACEM et assurances)

### ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Certifie avoir répondu **NON** à l'ensemble des questions figurant au questionnaire de santé.

Date :

Signature