

Programme Aviron Santé Formulaire d'inscription

Renseignements concernant l'adhérent-e :

NOM D'USAGE : Prénom :

NOM DE NAISSANCE : Nationalité :

☐ Homme ☐ Femme Né-e le : / / à

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : / / / / /

Adresse mail (obligatoire) :

Votre licence d'aviron Indoor vous parviendra par mail

Aviron Santé

INDOOR au CHRSO

Lieu : Salle Schouller – Pavillon 3

Médecin référent :

☐ CHRSO - Service :

☐ Médecin libéral – Adresse :

.....

Je soussigné-e,, m'engage à régler une cotisation de 25,10 € à l'Aviron Audomarois pour une licence INDOOR valable de septembre 2026 à fin août 2027 et 3 € à chaque séance.

Je m'engage également à me conformer au règlement intérieur de l'Aviron Audomarois et à observer la discipline imposée par celui-ci.

Suite à l'enregistrement de votre inscription sur le site fédéral, un code d'accès vous sera communiqué par mail. Vous pourrez ainsi enregistrer ou imprimer votre licence, y apposer votre photo et mettre à jour vos coordonnées.

Date et signature de l'adhérent-e

DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné-e,, autorise la diffusion des images prises dans le cadre de l'Aviron Audomarois sur lesquelles je pourrais figurer et cède mes droits à l'Aviron Audomarois ou à toute organisation affiliée à la FFA sur toutes photos que je pourrais lui transmettre.

Date et signature de l'adhérent-e