

## 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 24,40 € à l'Aviron Audomarois pour une licence INDOOR valable de septembre 2024 à fin août 2025 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**