



section
GYMNASTIQUE VOLONTAIRE
Contact : C.S.M.S. - G.V.
Tel : 04 94 30 61 57 ou 06 09 42 73 42
e-mail : csms.gv83@gmail.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023 – 2024

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :

Téléphone(s) :

e-mail : @

Numéros des cours choisis :

Montant de la cotisation payée : 40€ +

Montant du Mécénat :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur certifie avoir pris connaissance des règles de vie de la GV (document joint programme) .

Date:

Signature

:



La Seyne

Partenaire Majeur du CSMS

TSVP

Je désire souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes qui m'est proposée couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé dans la pratique des activités sportives

Je ne désire pas souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes qui m'est proposée couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé dans la pratique des activités sportives

Cocher la case qui vous convient

Le Questionnaire de Santé doit être rempli et conservé par vos soins. Document confidentiel.

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

IMPORTANT

- 1) Dans votre messagerie, si vous recevez du courrier de DOKEOP, ne pas jeter, c'est le site qui établit les licences
- 2) Regarder régulièrement vos « SPAMS » ou « INDESIRABLES », des messages importants peuvent s'y être glissés.