# Formulaire adhésion à l'association (2027)

**A transmettre par courrier avec votre règlement directement à :**
**Isabelle OGER – 38 rue de Sierck, Gandren – 57570 BEYREN-LES-SIERCK**

## Adhérent :

**Mme / M. Nom :** **Prénom :**

**Adresse :**

**Portable :** **Date naissance :**

**e-mail :**

**Accepte de recevoir les convocations à l'assemblée générale et autres infos par mail : oui ☐ non ☐**

## Conjoint (seulement si adhésion couple) :

**Mme / M. Nom :** **Prénom :**

**Adresse :**

**Portable :** **Date naissance :**

**e-mail :**

**Accepte de recevoir les convocations de l'assemblée générale et autres infos par mail : oui ☐ non ☐**

## Demande son adhésion à l'association PAGE – Partage des Amis du Grand Est

*L'adhésion devient effective uniquement après approbation du bureau*

| | |
|---|---|
| Ci-joint un paiement par chèque à l'ordre de l'association PAGE d'un montant de : | ……€ |

*Montant de la cotisation **2027 (année civile) :** Personne seule : **20 €** Conjoint : **15 €** Membre bienfaiteur : au dessus de **20 €***

*Montant réduit de 50% après le 30 juin. Certaines activités font l'objet d'une tarification supplémentaire et, **en fonction de la disponibilité des places**, sont à régler par trimestre ou au cas par cas ; pas d'activité pendant les vacances scolaires.*

*Toutes ces informations sont recueillies avec votre consentement pour la bonne tenue de nos obligations légales, la gestion des adhésions et adhérents et la bonne organisation des activités de l'association PAGE – Partage des Amis du Grand Est.*

*Les données collectées sont administrées par le Bureau de l'association et font l'objet d'un traitement manuel et informatique confidentiel et sécurisé excluant toute cession de données vers l'extérieur de l'association.*

*Conformément aux dispositions du Règlement général sur la protection des données n° 2016/679 (RGPD) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser par courriel ou courrier au siège social de l'association.*

**Droit à l'image :** j'autorise l'association à me prendre en photo ou en vidéo et à utiliser mon image dans le cadre de la publication de ses activités, sur papier ou sur internet. **oui ☐ non ☐**

**J'ai bien pris connaissance de l'information relative à l'utilisation de mes données personnelles par l'association PAGE – Partage des Amis du Grand Est.**

**Je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur en place.**

À…….. Date : …….. Signature(s) : (obligatoire)

Partage des Amis du Grand Est

# Formulaire adhésion à l'association (2027)

## Décharge de responsabilité dans le cadre de la pratique d'activité physique avec l'association PAGE – Partage des Amis du Grand Est

Je, soussigné(e) : nom : _____ prénom : _____,

• déclare être apte à pratiquer de l'activité physique adaptée dans le cadre de programme mis en œuvre par l'association PAGE – Partage des Amis du Grand Est (dénommée PAGE par la suite)

• reconnaît ne pas avoir fourni à ce jour à PAGE un certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'une activité physique (il est possible d'en fournir un par la suite, en complément).

• déclare décharger PAGE et ses représentants légaux de toute responsabilité en cas de problème de santé qui pourrait survenir pendant une séance du programme d'activités physiques adaptées proposé par PAGE.

• déclare que les antécédents de santé suivants sont à porter à l'attention de l'enseignant ou animateur qui prend en charge la séance car peuvent nécessiter une adaptation des exercices proposés

_____

_____

_____

En cas d'urgence, je demande de prévenir :
M/Mme _____
Qualité : _____
Portable :_____

Et en cas d'absence de ces personnes, j'autorise l'animateur ou un responsable de PAGE à prévenir les services d'urgence (Pompiers ou SAMU) et à faire transporter l'adhérent(e) dans l'hôpital de secteur.

À…….. Date : ……. Signature(s) :
(obligatoire)

PAGE Partage des Amis du Grand Est

# Formulaire d'adhésion à l'association

## Certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'une activité physique adaptée

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine
Lieu d'exercice :
.....

Certifie avoir examiné Mr / Mme….....

Né(e) le ..... à.....

Et avoir constaté, ce jour :

☐ l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'une activité physique et sportive régulière.

☐ la présence de signe clinique décelable ne contre-indiquant pas la pratique d'une activité physique et sportive régulière, mais nécessitant des adaptations :

☐ privilégier les activités en décharge articulaire

☐ limiter l'activité à une intensité faible à modérée :
FC à ne pas dépasser : ..... BPM

☐ autre (précisez) :
.....
.....
.....

Antécédents de santé à porter à la connaissance de l'enseignant en activités physiques adaptées (demandant une adaptation) :
.....
.....
.....

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.