



Amis de l'Instruction Laïque d'Eyguières

MDA PL de la mairie rue du Couvent 13430 Eyguières

Fiche d'inscription activité saison **2026/2027**

Participant sportif majeur

Version du 31/07/2026

ACTIVITE SPORTIVE :

NOM / PRENOM du

participant :

Date de naissance

Sexe : (pour statistiques) :

Féminin ☐

Masculin ☐

ADRESSE :

E-mail :

Téléphone :

MONTANT DE LA LICENCE :

0€ si la licence est déjà réglée dans l'activité AIL suivante : _____

MONTANT DE LA COTISATION :

TOTAL :

Possibilités de règlements :

1 ou 2
chèques

Montant chèque 1 :

Montant chèque 2 :

Montant ancv :

Montant CJEUNE :

Montant PASS-SPORT :

Espèces à titre exceptionnel :

Encaissé à
l'inscription

Encaissé en
janvier

Chèques vacances et coupons sport ancv version papier

Code QR :

Code :

Si 2 chèques : Chèque 1 : licence +1/2 cotisation

Chèque 2 : 1/2 cotisation

Chèque(s) à l'ordre des **AIL Eyguières** et à dater du jour de
leur établissement

Le participant reconnaît avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et des modalités d'inscription, visibles sur le site ail-eyguieres.org et en accepte les conditions.

Droit à l'image : Je soussigné Mr. ou Mme

autorise ☐ n'autorise pas ☐ l'association Amis de l'Instruction Laïque d'Eyguières à capter mon image (photographies, vidéos, etc.) dans le cadre des activités et manifestations organisées par l'association et de diffuser ou utiliser celle-ci sur les documents, le site internet ou le réseau Facebook de l'association. L'utilisation de mon image ne peut porter atteinte à ma vie privée et à ma réputation. L'autorisation, si elle est donnée, est d'une durée d'un an, gratuite et révocable à tout moment par écrit.

Fait à Eyguières, le

SIGNATURE
du participant majeur

CERTIFICAT MEDICAL ou ATTESTATION

Possibilité de fournir un certificat médical ou de remplir le questionnaire de santé majeur avec les dispositions suivantes :

Si OUI à une ou plusieurs questions, certificat médical obligatoire Si NON à toutes les questions, attestation ci-dessous à compléter

CERTIFICAT MEDICAL

Le certificat médical doit dater de moins de 11 mois, et attester de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée

ATTESTATION relative au questionnaire de santé

Je, soussigné(e) Mme / Mr (Nom et prénom du participant majeur)

certifie que toutes les réponses du questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa 15669*01) sont négatives Pour faire valoir ce que de droit.

A le Signature :

Nota : Le questionnaire de santé est gardé par le participant