



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 mineur

Version du 14/08/2026

ACTIVITE SPORTIVE :

NOM / PRENOM du participant

Date de naissance

Sexe : (pour statistiques) : Féminin ☐ Masculin ☐

Adresse

NOM / PRENOM *

Tél *

E-mail *

Représentant 1 du participant mineur

Et éventuellement représentant 2

***Informations obligatoires pour le représentant 1**

MONTANT DE LA LICENCE :

MONTANT DE LA COTISATION :

TOTAL :

0€ si la licence est déjà prise dans l'activité A.I.L suivante : _____

Possibilités de règlements :

1 ou 2 chèques

Montant chèque 1 :

Montant chèque 2 :

Montant ancv :

Montant CJEUNE :

Montant PASS-SPORT :

Montant CAF 13 :

Espèces à titre exceptionnel :

Encaissé à l'inscription

Encaissé en janvier

Chèques vacances et coupons sport ancv version papier

Code QR :

Code QR :

Code N° :

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 représentant 1 reconnaît avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et des modalités d'inscription, visibles sur le site ail-eyguieres.org.et en accepte les conditions.

Fait à Eyguières, le

SIGNATURE
du représentant 1 :

CERTIFICAT MEDICAL ou ATTESTATION

Possibilité de fournir un certificat médical ou de remplir le questionnaire de santé UFOLEP pour mineur 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 représentant 1)

certifie que toutes les réponses du questionnaire de santé UFOLEP pour mineur sont négatives Pour faire valoir ce que de droit.

A le Signature :

Nota : Le questionnaire de santé est gardé par le représentant