



Jours de cours : \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom des parents : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : mobile \_\_\_\_\_

**MAIL en majuscules** :(à donner impérativement ) attention correspondance possible à une seule adresse mail par gymnaste

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarif cours :  
*(Assurance et prêt des justaucorps, engins, tenue gala compris )*

Réduction tarif:  
% Famille nombreuses\*:

QS\*:

Autres:

Règlement : .....€

Nombre Chèque (ordre ASL GRS):

COURS	COTISATION ANNUELLE			
	TARIF	Tarif Familles Nombreuses *		
		3 enf. (-15%)	4 enf. (-20%)	5 enf & + (-30%)
45 mn	215 €	182,75 €	172 €	150,50 €
1 H	251 €	213,35 €	200,80 €	175,70 €
1 H 30	314 €	266,90 €	251,20 €	219,80 €
<b>Supplément 2ème cours pour un même enfant :</b>				
45 mn	+ 105 €	+ 89,25 €	+ 84 €	+ 73,5 €
1H	+ 116 €	+ 98,60 €	+ 92,8 €	+ 81,20 €
1h30	+ 144 €	+ 122,40€	+ 115,20 €	+ 100,80 €
<b>+ 15 € sur montant total de la cotisation pour les non Louveciennois</b>				

N° Carte famille  
Nombreuse:

Tarifification spéciale :

-\*Les tarifs cartes Familles Nombreuses ou quotient social ne sont applicables que pour les cartes délivrées par la Mairie de Louveciennes.

- -10 % à partir de 2 adhérents d'une même famille sur la cotisation la plus élevée (hors tarif famille nombreuse).

- Le prix de licence UFOLEP sera demandée pour chaque gymnaste inscrite en compétitions. ( entre 15€ et 20€).

Je déclare dégager la section GR et ses entraîneurs de toute responsabilité avant et après le cours de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché en ce lieu ou lisible sur le site internet <http://www.gr-danse-louveciennes.com>

Signature:



## ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

(À signer sans présentation d'un certificat médical de moins d'1 an et après avoir complété le questionnaire de santé à garder chez soi)

**Je soussigné M/Mme**

Prénom : .....

Nom : .....

**exerçant l'autorité parentale sur**

Prénom : .....

Nom : .....

**atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.**

Date : .....

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale