



FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2026-2027

☐ INSCRIPTION / ☐ RÉINSCRIPTION

REEMPLIR LA FICHE EN MAJUSCULES

Photo de
l'adhérent

ADHÉRENT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

SEXE : ☐ F ☐ M

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : ____/____/____/____/____

MAIL (MAJUSCULES) : _____

CLUB

GROUPE : _____

HORAIRES : _____

ENTRAÎNEURS : _____

BULLETIN ADHÉSION ☐

COTISATION ☐

CERTIFICAT MÉDICAL ☐

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ☐

PHOTO ☐

DROIT À L'IMAGE ☐

FICHE D'URGENCE (MINEUR) ☐

ATTESTATION CAF (SI BESOIN) ☐

MAIL PASS'SPORT (SI BESOIN) ☐

PARENTS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX : (à prévenir en cas d'urgence)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : ____/____/____/____/____

MAIL : _____

PROFESSION : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : ____/____/____/____/____

MAIL : _____

PROFESSION : _____

TARIFS LOISIRS :

BABY GYM (2023-2025) ☐ 180€

EVEILS (2022) ☐ 185€

ÉCOLE DE GYM (2018-2021) ☐ 195€

ÉCOLE DE TEAMGYM (2012-2020) ☐ 195€

LOISIRS ADOS (2012-2017) ☐ 205€

LOISIRS ADULTES (2011 ET AVANT) ☐ 215€

PARKOUR (TARIF SELON GROUPE) ☐ —

TARIFS COMPÉTITION :

☐ GAF NB D'HEURES TARIF :

☐ TEAMGYM _____

☐ LOCATION JUSTAUCORPS CLUB (EQUIPE) 28€

RÉDUCTIONS :

☐ RÉDUCTION FAMILLE 2 ÈME ENFANT (20€)

☐ RÉDUCTION FAMILLE 3 ÈME ENFANT (30€)

☐ RÉDUCTION BÉNÉVOLE (JUGE, ENTRAÎNEUR EN 25/26) (20€)

☐ RÉDUCTION ÉTUDIANTE (30€)

(VOIR TARIFS SAISON 2026-2027)

RÈGLEMENT :

TARIF ADHÉSION : _____

- RÉDUCTION FAMILLE : _____

- AUTRES REDUCTION CLUB : _____

- PASS'SPORT (CODE) : _____

- PARTENAIRES CLUBS : _____

+ LOCATION JUSTO (COMPET EQUIPE) : _____

= MONTANT À PAYER : _____

MOYEN DE PAIEMENT :

CHÈQUES : NOMBRE / MONTANT

ESPÈCES : _____

CARTE BANCAIRE/HELLO ASSO : _____

COUPONS SPORT ANCV : _____

CHÈQUES VACANCES : _____

Possibilité de payer en plusieurs fois pour les paiements par chèques **UNIQUEMENT** en 6 échéances maximum :

10/10/26 - 05/11/26 - 05/02/27 - 05/03/27 - 05/04/27 - 05/05/27

AUCUNE COTISATION NE SERA REMBOURSÉE SANS LA PRÉSENCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL LONGUE DURÉE

En m'inscrivant :

J'accepte que toute information soit transmise aux adresses email renseignées sur le présent document ou en cas d'urgence, par téléphone. Je m'engage donc à signaler tout changement ou dysfonctionnement d'adresse mail ou de numéro de téléphone.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et l'accepte.

Je m'engage à régler l'avance de frais d'un dispositif spécifique si je n'ai pas les pièces nécessaires (Pass sport, Partenaires Clubs...)

fait à : _____ le : _____

Signature du gymnaste majeur ou de son représentant légal :

INSCRIPTION ENREGISTRÉE PAR : _____

Autorisation d'utilisation d'image pour majeur **2026-2027**

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de licence (rempli par le club) : 52049.077.

Autorise :

- La Fédération Française de Gymnastique (FFGym) et ses structures déconcentrées
 - à prendre des photographies de moi et/ou me filmer dans le cadre des activités auxquelles je participe, organisées par le club, la FFGym ou ses structures déconcentrées ;
 - à utiliser et diffuser mon image sur leur site internet, plateforme OTT, newsletter, applications, réseaux sociaux, magazines (notamment le gym mag) et tout support de communication connu ou inconnu à ce jour ;

sans contrepartie d'aucune sorte sur tout le territoire national et dans le monde entier pour une durée d'une saison sportive à compter de la signature de la présente autorisation.

- Le club de gymnastique ANGERS GYMNASTIQUE à prendre des photographies de moi et/ou me filmer dans le cadre des activités auxquelles je participe (gala, fête de Noël, action photos, stage, compétition), et à utiliser et diffuser mon image sur les supports de communication suivants :
 - Site web du club ;
 - Réseaux sociaux : Facebook, Instagram...
 - Affiches, flyers
 - Article dans la presse locale

sans contrepartie d'aucune sorte sur tout le territoire national et dans le monde entier pour une durée d'une saison sportive à compter de la signature de la présente autorisation.

Fait à, le

Signature précédée de la mention manuscrite « **Bon pour accord d'utilisation de l'image** ».



Seuls les DOSSIERS COMPLETS sont acceptés !

***Dossier + document/justificatif
+ paiement cotisation !!***

Merci de venir avec vos justificatifs imprimés !
(CAF, Pass Sport)

Nous ne pouvons pas les imprimer pour vous et dans ce cas, nous ne pouvons pas accepter votre dossier

CERTIFICAT MEDICAL :

- Pensez à remener votre certificat médical papier avant le premier entraînement !

PASS SPORT :



Dans le cas où vous êtes dans l'attente d'un dispositif (pass sport par exemple), merci de bien vouloir régler le montant TOTAL de la cotisation au moment de l'inscription ou bien nous laisser un chèque de caution. Une fois que vous aurez reçu votre aide, merci de nous la faire parvenir accompagnée de votre RIB afin que l'on procède au remboursement.

PARTENAIRES CLUBS:

- Le club dispose du formulaire Partenaires Clubs à remplir lors de l'inscription
- A vous d'apporter une impression papier de votre attestation de paiement de la CAF datant de moins de 3 mois

Vos prestations Caf Attestation de paiement

N° ALLOCATAIRE : 441

COORDONNÉES : Coordonnées bénéficiaire (nom, prénom, adresse)

Le 03/06/2021

La directrice de la Caf de Loire-Atlantique certifie que :

Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire

a perçu les prestations suivantes pour le mois d'avril 2021 :

PRESTATIONS	MONTANT
Aide personnalisée au logement (Apl) ¹	358,70 €
Allocation de base - Page	171,91 €
Allocations de soutien familial	116,11 €
Allocations familiales avec conditions de ressources	132,08 €
Revenu de solidarité active majoré ^{2,3}	714,69 €
Soit au total	1493,49 €

1. Montant versé à : SA D'HLM AIGUILLON CONSTRUCTION
2. Montant versé à : CONFLUENCE SOCIALE
3. Éléments de calcul du Rsa : - Montant forfaitaire : 1208,73 €

Quotient familial INFERIEUR à 706€

QUOTIENT FAMILIAL avril 2021 : 499 €

Personnes à charge prises en compte pour le calcul des droits :

Noms, prénoms et dates de naissance des enfants du bénéficiaire

1. Personne à charge pour le calcul du RSA. 2. Personne à charge pour le calcul de la prime d'activité. 3. Personne à charge pour le calcul du RSA et de la prime d'activité

Emplacement réservé à la Caf
WAT ATPAI F 030620211513 3700370006
POLEL
PAGE 1/2
IDX B 1041101 V 441 -
17150821041100000000

Contact :
inscriptions.angersgym@gmail.com