



FICHE INSCRIPTION

2024/2025

Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lieu de Naissance : Code postal _____ Ville : _____ (nouvel adhérent adulte)

Fixe : _____ Portable : _____ Courriel : _____

Nom de la mère pour les enfants (si différent) : _____

Site du club pour réservation : www.tnangis.com

| ADHESION | Date de naissance | | | |
|---------------------------------|-------------------|----------------|------------------|----------------------|
| | 2016 et après | 2007 à 2015 | 2006 et avant | Féminine tout âge |
| Baby-ping | 90€ | | | |
| Féminines ** | | | | 90€ |
| Jeunes | | 130€ | | |
| Loisirs * | | | 110€ | |
| Compétitions uniquement | | | 110€ | |
| Compétitions et entraînement | | | 160€ | |
| Critérium | | 0€ | 0€ | 0€ |
| Réduction famille **** | -10€ | -10€ | -10€ | -10€ |
| Réduction parrainage *** | -10€ | -10€ | -10€ | -10€ |
| TOTAL COTISATION | | | | |

HORAIRES 2024/2025

LUNDI

18h/19h45 jeunes

20h/21h45 adultes

MERCREDI

13h30/15h Elite jeunes

14h/15h 7-10 ans

15h/16h30 10-18 ans

16h30/17h30 5-7ans

18h/21h Libre adultes

JEUDI

17h30/19h Jeunes /adultes

DIMANCHE

10h/12h Libre adultes

* Loisir avec entraînement possible. **féminine 1 raquette offerte pour 1^{ère} inscription.

**** Réduction famille = réduction pour chaque membre. *** Réduction parrainage = réduction pour le parrain et l'adhérent parrainé.

Règlement : Chèque Espèces Nombre versements = _____

Certificat médical oui non. (Certificat médical valable si daté après le 1/9/2021), ou attestation pour mineur oui

| | |
|--|---|
| ❖ J'autorise mon enfant à quitter seul la salle d'entraînement pour rejoindre son domicile | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ❖ J'autorise mon enfant à être véhiculé par des bénévoles du club | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ❖ J'autorise le club à utiliser des photos de moi ou de mon enfant pour son site internet ou l'affichage dans la salle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ❖ En cas d'accident en fonction des soins nécessaires, le dirigeant du club fera appel à un médecin ou au SAMU. J'autorise tout examen, soins ou intervention chirurgicale nécessaire et autorise le dirigeant à demander l'admission en établissement de soins. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ❖ L'adhérent déclare avoir été informé des garanties dont il bénéficie par son adhésion, de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

| |
|--|
| Date et signature de l'adhérent (ou du tuteur si mineur) |
|--|