

| | |
|---|--|
| FICHE D'INSCRIPTION ADULTES COURS CHANT-GUITARE-BASSE COACHING | NOM : PRÉNOM : PHOTO NÉ (E) LE : |
|---|--|

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL PORTABLE : E-MAIL :

PROFESSION : TEL TRAVAIL :

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Le Certificat médical ci-joint rempli, daté et signé par le médecin traitant
- Une attestation d'assurance de Responsabilité Civile

Conditions générales (hors coaching)

Le règlement des cours s'effectue sur l'année. Les cours se déroulent à 2 ou 3 élèves maximum. Les séances durent 30 min et se déroulent sur 34 semaines de septembre à juin hors vacances scolaires. Si un des élèves du binôme ou du trio, venait à être absent le ou les autres élèves auront tout de même cours. Pour l'élève absent le cours ne pourra être ni reporté, ni remboursé. Si l'un de nos professeurs venait à être absent, le ou les cours seront reportés.

A remplir, cochez la case correspondante à votre choix (cours de 30 min) :

- Règlement de la totalité de l'année soit 360 € + 25 € (adhésion) : Mode de règlement :
- Règlement au trimestre en 3 chèques de 120 € + 1 chèque de 25 € (adhésion)
- Règlement au mois en 9 chèques de 40 € + 1 chèque de 25 € (adhésion)

A remplir, cochez la case correspondante à votre choix (cours d'une heure) :

- Règlement de la totalité de l'année soit 720 € + 25 € (adhésion) : Mode de règlement :
- Règlement au trimestre en 3 chèques de 240 € + 1 chèque de 25 €.
(Chèques encaissés en octobre 2019 / janvier et mars 2020)
- Règlement au mois en 9 chèques de 80 € + 1 chèque de 25 € (adhésion)
(Chèques encaissés entre le 1^{er} et le 10 de chaque mois)

*En cas d'arrêt de l'activité les chèques seront tout de même encaissés.
Aucun remboursement n'est possible sauf contre-indication médicale*

AUTORISATIONS

Je soussigné (e) (Nom, Prénom)

- Autorise l'ESAM à prendre des photos ou vidéos de moi et à les diffuser dans le cadre de tous ses supports numériques (site internet, réseaux sociaux, ou autre) en vue de publications promotionnelles
- Accepte pour les besoins des activités que je vais pratiquer, d'être transporté(e) en minibus et/ou voiture par les responsables, éducateurs, encadrants, intervenants et / ou bénévoles de l'ESAM
- J'accepte de recevoir toutes les informations de l'ESAM Infos diverses, événements, stages, par e-mail ou texto



DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e) en plein usage de mes facultés physiques et intellectuelles, déclare être parfaitement informé des pratiques sportives, activités de plein air et toutes autres disciplines pouvant s'avérer à risque et/ou dangereuses et supposant un risque de blessure et/ou de mort proposé par l'École du Sport des Arts et de la Montagne (L'ESAM).

Je reconnais ne pas avoir de problème de santé supposant la non pratique de ces activités et déclare que mon état de santé général est satisfaisant et se trouve compatible avec la pratique de ces activités.

En dépit de ces éventuels risques, et tout en prenant en compte mon droit de pratiquer ces activités, j'accepte expressément d'assumer toute responsabilité des conséquences liées à la pratique de ces activités physiques et sportives.

Je renonce à engager des poursuites judiciaires ou autres à l'encontre de l'ESAM, leurs dirigeants, associés, employés, agents, assureurs, sponsors et entreprises affiliées.

Je les dégage définitivement et sans réserve de toute responsabilité en cas de blessure et/ou de mort dont je pourrais être victime.

J'assume l'entière et exclusive responsabilité de mes actes.

Je déclare être parfaitement informé que ce document est une décharge de responsabilité.

Je déclare accepter cet accord que je signe librement et volontairement.

Nous vous informons que d'après l'article L321-4 du code du sport, les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer.

Je reconnais avoir pris connaissance de cet article L321-4 du code du sport

Je soussigné..... Déclare, exacts les renseignements portés sur cette fiche et j'autorise les responsables de l'ESAM à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état en cas d'incident.

Fait à Le / /

Signature :