



N. de SIRET : 528 700 495 00013
APE : 8551Z

Retournez à l'adresse
Ou me remettre sur place
JYSPORTCOACH
Younesse JAOUAB
Les Sylphes
4, place des fées
73490 La Ravoire

NOM.....PRENOM.....
Né(e) le SEXE: F / M Nationalité

ADRESSE: **Nom figurant sur la boîte aux lettres:**

N°, RUE, ETC.:
CODE POSTAL VILLE
TELEPHONE FIXE PORTABLE de l'adhérent
Courriel de l'adhérent :@.....

Pour les mineurs, préciser:

PORTABLE du père PORTABLE de la mère
Courriel du responsable légal :@.....

SIGNATURE DE L'ADHERENT (à remplir par tous les adhérents)

Je soussigné(e),souhaite adhérer à **JYSPORTCOACH** pour abonnement
pour la saison 2019-2020 ou des tickets séances valable jusqu'à juin 2020.

J'ai parrainé ou je suis parrainé par

Règlements : Les chèques sont à l'ordre de Younesse JAOUAB
www.jysportcoach.com – jysportcoach@gmail.com – 07 68 48 51 00

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de JYSPORTCOACH.

J'autorise les responsables de JYSPORTCOACH à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'incident ou d'accident qui me surviendrait pendant les heures de fonctionnement.

J'autorise les responsables à utiliser les photos ou films prises dans le cadre de l'activité pour toute publication servant à la promotion de JYSPORTCOACH (internet, presse, magazine,...).

Signature et date

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du code du sport

(à remplir ci-dessous ou à recopier à l'identique sous peine de non-validité légale du certificat)

Je soussigné, Docteur.....demeurant à.....

certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Mlle.....

né(e) le..... / /..... Demeurant

à.....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique d'activité physique de remise en forme santé , préparation physique et entraînement course à pied de ½ fond, fond et trail.

Fait à le / /.....

Cachet du médecin et signature du médecin