

Formulaire d'inscription 2024/2025

Club de Musculation et Santé Vernon

02 32 51 99 33

club.cmsv@gmail.com

Du 02 septembre au 31 juillet 2025

NOM :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

Adresse :

Date de naissance :

Forfait

Etudiants		Adultes	
<input type="checkbox"/> Musculation <input type="checkbox"/> + Cours collectifs	180,00 €	<input type="checkbox"/> Musculation <input type="checkbox"/> + Cours collectifs	280,00 €
		<input type="checkbox"/> Cours collectifs	180,00 €

Merci de cocher la case de l'adhésion que vous avez choisi

Horaires salle de musculation

	Matin	Après-midi
Lundi	10h00 - 12h00	16h00 - 21h00
Mardi	10h00 - 12h00	16h00 - 21h00
Mercredi	10h00 - 12h00	16h00 - 21h00
Jeudi	10h00 - 12h00	16h00 - 21h00
Vendredi	10h00 - 12h00	16h00 - 21h00
Samedi	9h00 - 12h00	Fermé
Dimanche	Fermé	

Règlement

Chèque

Espèces

CB

Club de Musculation et Santé Vernon

Décharge en cas d'absence de certificat médical pour une activité pratiquée au sein du CMSV

Suite à mon inscription aux activités du CMSV pour la saison 2024 - 2025 et en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, je décharge le CMSV, ses responsables, ses bénévoles et ses coachs sportifs de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je pratique cette activité, et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé. ou occasionnée par négligence ou être lié à un manque à mes responsabilités à titre d'occupation des lieux.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux activités du CMSV.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

Je certifie que :

- Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour
- Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité
- Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient(e) des risques que j'encoure.

En outre, le(s) parent(s) ou tuteur(s) légal(aux) des adhérents mineurs de moins de 18 ans accepte(nt) de communiquer aux dit adhérentes les investissements et les conditions mentionnées ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent(ent) à la participation des dits mineurs.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

NB : Le CMSV ne tiendra plus compte du présent document dès lors que l'adhérent aura donné un certificat médical valide précité de non-contre-indication à la pratique sportive établi par un médecin.

Adhérent

Nom, prénom, adresse :

Signature

Parent / tuteur légal (pour les mineurs)

Nom, prénom, adresse :

Signature