



27, rue Diderot - 69600 OULLINS  
04.78.51.34.26  
plo.natsynchro@gmail.com

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2020 / 2021 - AQUAGYM PLO NATATION -

**IMPÉRATIF : RENDRE LE DOSSIER COMPLET**  
**Tout dossier incomplet sera refusé**

### DOSSIER À DÉPOSER :

- Dans la boîte aux lettres du PLO – Section Natation
- Lors du forum des associations d'Oullins
- Lors des portes ouvertes du PLO

*La reprise des cours s'effectue courant septembre (affichage des dates au PLO)*

### PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION + PHOTO D'IDENTITÉ**

**CERTIFICAT MÉDICAL :**

- **Nouvelle adhésion** : Certificat médical obligatoire (moins de 3 mois), à remettre avant le jour du 1er cours
- **Renouvellement** : Questionnaire de santé (Certificat médical obligatoire tous les 3 ans)

**ADHÉSION PLO 2020 / 2021\* :**  
1 seul chèque à l'ordre de **P.L.O\***  
\*Toute saison commencée est dûe.

Adhésion P.L.O	Adulte
Oullinois	44 €
Hors Oullins	47 €

**COTISATION AQUAGYM 2020 / 2021\* :**  
Chèque(s) à l'ordre de **P.L.O Natation**  
\*Toute saison commencée est dûe.

Nombre de cours	Cotisation	TOTAL
1 cours	145 €	
2e cours	+ 75 €	

**Règlement par chèque(s) :**  
Pas de chèque anti-daté

<input type="checkbox"/> En 1 fois	Septembre			
<input type="checkbox"/> En 4 fois**	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre

*\*\*Inscriptions après le mois de février : règlement par chèque en 1 fois uniquement*

**DÉCHARGE MÉDICALE**



## INSCRIPTION 2020 / 2021 - AQUAGYM PLO NATATION -

Photo

NOUVELLE INSCRIPTION       RENOUELEMENT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Portable : .....

E-mail : ..... @ .....

**CHOIX DU COURS :**     Lundi 18h00     Mercredi 19h30     Vendredi 16h15

### AUTORISATIONS POUR LA SAISON 2020 / 2021

\* Cocher les cases correspondantes

**J'autorise\***     **Je n'autorise pas\*** l'équipe d'encadrement du PLO Natation, dans le cadre de l'activité, à prendre en cas d'urgence les mesures nécessaires pour : soins, hospitalisation, intervention chirurgicale si celles-ci sont jugées nécessaires par un médecin.

Je suis allergique ?     NON\*     OUI\* aux produits suivants : .....

**J'autorise\***     **Je n'autorise pas\*** l'exploitation de mon image au sein des photos et/ou vidéos de groupes, réalisées dans le cadre de l'activité. Celles-ci seront utilisées uniquement dans le but de promouvoir notre activité (supports papier, électroniques et audiovisuels). L'exploitation principale de ces images se fera sur le territoire français. Toute diffusion mal appropriée par un membre indépendant du bureau de la section natation du PLO ne pourra nous être reprochée.

**Je m'engage à respecter\*** la charte d'utilisation des pages sociales de l'association.

Disponible en téléchargement sur le site internet ou sur demande.

**Je souhaite recevoir\*** un reçu CSE / employeur pour ma cotisation annuelle à l'association.

Cette attestation vous sera remise dans les plus bref délais.

Fait à : .....

Signature (précédée de "Lu et approuvé") :

Le : .....

### CADRE RÉSERVÉ AU PLO

ADHÉSION PLO	COTISATION PLO NATATION	RÉDUCTION	CERTIFICAT MÉDICAL	DÉCHARGES + CHARTES