

Association Fighting Training Center

1. INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Nom et prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse postale :

Téléphone portable :

E-mail :

En cas d'urgence, personne à contacter :

Nom et prénom :

Téléphone :

Représentant légal *(si le participant est mineur) :*

Nom et prénom :

Téléphone :

2. CHOIX DE LA DISCIPLINE (Cocher la case) :

SPORT-SANTE-LECON-BOXE :

SPORT-SANTE-REMISE-EN-FORME :

3. CHOIX DU LIEU (Cocher la case) :

SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS :

4. CHOIX DU JOUR ET HORAIRE (Cocher la ou les cases) :

LUNDI :

MARDI :

MERCREDI :

JEUDI :

VENDREDI :

SAMEDI :

5. PIECES A FOURNIR (Valider en cochant les cases) :

REGLEMENT INTERIEUR :

AUTORISATION PARENTALE :

QUESTIONNAIRE DE SANTE MINEURS :

CERTIFICAT MEDICAL -3 ANS :

QUESTIONNAIRE DE SANTE MAJEURS :

CONDITIONS GENERALE D'ASSURANCE :

6. MONTANT DE L'ADHESION ANNUELLE (Valider en cochant les cases) :

SPORT-SANTE-LECON-BOXE

- 10 séances (600.00€) :
- 20 séances (1100.00€) :
- 30 séances (1500.00€) :

SPORT-SANTE-REMISE-EN-FORME :

- 10 séances (600.00€) :
- 20 séances (1100.00€) :
- 30 séances (1500.00€) :

7. REGLEMENT ADHESION (Valider en cochant les cases) :

PAR VIREMENT (uniquement) :

COORDONNEES BANCAIRES :

PASTOR PASCAL KAPSPORT

IBAN : FR76 1732 8844 0013 2914 8179 793 /

BIC : SWNBFR22

7. FACTURE - PRISE EN CHARGE ET FINANCEMENT DU PROGRAMME MENTAL+ :

Dans le cadre de notre démarche Sport-Santé, le programme de coaching peut faire l'objet de divers financements et aides financières selon votre situation.

Sur simple demande lors de votre inscription, une facture nominative et détaillée vous sera délivrée par l'association pour faire valoir vos droits auprès des organismes partenaires :

- **Assurances Complémentaires / Mutuelles** : De nombreuses mutuelles proposent aujourd'hui un forfait « Sport-Santé » ou remboursent une partie de la cotisation sur présentation d'une facture (parfois sous condition d'une prescription médicale de sport sur ordonnance). Renseignez-vous auprès de votre complémentaire santé.
- **Dispositifs Départementaux (Haute-Savoie)** : Selon les enveloppes d'action sociale ou les chèques sport mis en place par le Conseil Départemental de la Haute-Savoie, des aides spécifiques peuvent s'appliquer.
- **Assurance Maladie (CPAM)** : Bien que la CPAM ne rembourse pas directement les cotisations de manière généralisée, certaines actions locales de prévention ou des parcours spécifiques (comme les dispositifs d'accompagnement régionaux type *Sport Santé sur Ordonnance*) peuvent ouvrir droit à des prises en charge.
- **Aides Sociales Locales (CCAS / Mairies)** : En fonction de votre quotient familial et de votre commune de résidence, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou le service jeunesse/sports de votre mairie peut attribuer des chèques sport ou une aide financière personnalisée. N'hésitez pas à les contacter muni de notre facture.

En pratique : Cochez la case ci-dessous si vous souhaitez recevoir votre facture justificative :

JE SOUHAITE RECEVOIR UNE FACTURE ACQUITTEE :

Signatures

Fait à : _____ , le :

Signature du représentant légal (*précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"*) :