



LIGUE ÎLE DE FRANCE

ASSOCIATION DES CLUBS DE TENNIS D'ERMONT 105 rue de Saint-Gratien - 95120 ERMONT

☎ 01 34 15 25 00 📧 accueil@act-ermont.fr - www.act-ermont.fr

N° d'agrément Jeunesse & Sport : 95-93-S-09 SIRET : 389 368 044 00027

PADEL - Saison 2024/2025



✂-----

BULLETIN à compléter et à rapporter : Accueil complexe Raoul Dautry – 105 rue de Saint-Gratien 95120 ERMONT

Cours Collectifs Adultes

10 séances d'1h = 115 €

Si non licencié(e) 2025 : 26€

NOM - Prénom

Adresse

CP + VILLE

Date de naissance :

☎ Portable : E-mail (en majuscules) :

ATTESTATION MEDICALE à signer au verso

REGLEMENT : (Voir conditions particulières)

chèque(s) _____ espèces _____

chèques vacances _____ coupons sport _____

(1€ de frais de gestion par tranche de 50€ à régler en espèces)

(Idem)

AUTORISATIONS

A la pratique du Tennis et activités diverses du Club

Je soussigné (e) M / Mme

reconnais que l'inscription au club « ACT Ermont » entraîne l'acceptation du règlement intérieur de celui-ci **ainsi que des « Conditions particulières » (document remis)** et des règlements de la Fédération Française de Tennis (FFT).

reconnais avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive et avoir pris connaissance des garanties d'assurances proposées avec la licence.

autorise le club « ACT Ermont », pour sa communication interne et/ou externe, à capter et à utiliser pour la saison 2024/2025, l'image, et/ou le nom, et/ou le prénom, et/ou la voix de la personne visée ci-avant, et cela sur tout type de support (notamment mais non limitativement sur tout support digital, tel que le site internet du club, etc. et/ou sur tout support papier, tels que les newsletters ou affiches, etc.).

ATTESTATION MEDICALE

Dans le cadre de l'art. 194 des Règlements Sportifs de la FFT

Pris en application de l'art. D. 231-1-4 du Code du Sport

Je soussigné (e) M / Mme

Atteste sur l'honneur être en bonne santé pour la pratique du Padel.

Date :

Signature :