

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse électronique :

Téléphone :

Date de naissance :

En cochant cette case j'accepte : En cochant cette case je n'accepte pas :
- que les informations de nom, prénom, âge soient utilisées sur le site Internet du club :
<http://www.volleyballdelarve.fr> et sur le Facebook du club : <https://www.facebook.com/volleyballdelarve> afin
de présenter la composition des équipes du club.

En cochant cette case j'accepte : En cochant cette case je n'accepte pas :
- que les photos m'illustrant lors des événements liés au VBA soient utilisées sur le site Internet du club :
<http://www.volleyballdelarve.fr> et sur le Facebook du club : <https://www.facebook.com/volleyballdelarve> afin
d'illustrer les compositions d'équipes, les articles et les galeries de présentation du club.

Je joins à mon inscription

- Le règlement de ma cotisation de 45 € (chèque ou espèces),
- Pour une nouvelle inscription : un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Volley Ball,
- Pour un renouvellement de licence sans discontinuité : si votre dernier certificat médical date de moins de 3 ans et que vous avez répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé "QS-SPORT", vous n'avez rien à nous fournir. Sinon il nous faut un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Volley Ball.

A

Le

Signature