



Association Familiale de VERBERIE et sa Région  
Centre Social Jean HUSSON

1 Rue DESORMES  
60410 – VERBERIE  
0662441105



Inscription à l'activité « **QI GONG** » pour la saison 2021-2022  
Le mardi matin de 09h00 à 10h00 puis de 10h15 à 11h15.

Tarif des cours : **290 €** pour l'année, payable directement à M. WINIESKI

**S'ajoute :**

- **Si vous n'êtes pas assuré(e) pour la pratique d'un sport :**  
La licence sportive annuelle FFSPT de **24.50 €** (+18ans) ,**19.80 €** (-18ans).  
(FFSPT : Fédération Française Sport Pour Tous.)  
Certificat médicale de non-contre-indication (**\* tous les trois ans**).
- **Si vous êtes déjà assuré(e) pour la pratique d'un sport, joindre une attestation)**
- **L'adhésion familiale annuelle à l'association de 15 €. Cette adhésion vaut pour vous et votre famille.**

Je soussigné(e) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....@.....

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

**NOM :** ..... **Tel :** .....

Confirme l'inscription à l'activité QI GONG le mardi matin :

**Signature :**



Email : [afvr@famillesverberie.fr](mailto:afvr@famillesverberie.fr)

Site : <https://www.famillesverberie.fr/>

Facebook : <https://www.facebook.com/famillesverberie/>

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

[.....] Consens à la réalisation (prise de vues photographiques ou autres) et à la divulgation de l'image dans laquelle j'apparais, ceci sans limitation quant à la durée ou au support.

Les images ainsi enregistrées pourront être utilisées dans le cadre d'une autre réalisation de l'Association Familiale de VERBERIE et de sa Région.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en sera faite.

[.....] Ne consens pas.

Le : ..... A : .....

Signature :

## CERTIFICAT MEDICAL (\*)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Information complémentaire que vous souhaitez porter à notre connaissance :

(Allergie, autre ...) : .....

.....  
.....

Je soussigné(e) Docteur ..... Certifie avoir examiné ce jour  
Monsieur ou Madame ..... Et déclare n'avoir constaté  
aucun signe apparent contre-indiquant la pratique de la gymnastique et des disciplines  
assimilées.

A : .....

Le : .....

Cachet :

**(\*)** : Sauf si vous l'aviez fourni en 2019 ou 2020.

Décret n°2016-1157 du 24 août 2016 - art. 1

Email : [afvr@famillesverberie.fr](mailto:afvr@famillesverberie.fr)

Site : <https://www.famillesverberie.fr/>

Facebook : <https://www.facebook.com/famillesverberie/>