



ADHÉRENT(E)

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / /

Adresse postale :
.....
.....

Code postal : Ville :

N° de téléphone :

Adresse mail :
(écrire en majuscules)

Fédération Française Sport Adapté
(Handicap psychique, mental, trouble du neurodéveloppement)

Fédération Française Handisport
(Handicap physique, moteur, cérébral, moteur)

ACTIVITE(S) / COTISATION

Les tarifs incluent l'adhésion annuelle à l'association, la licence fédérale, les séances hebdomadaires et l'assurance.

 Natation
Pour la natation, 1 licence acc. 180 €

 Expression corp. dansée
200 €

► Paiement en plusieurs fois possible uniquement en chèques à l'ordre de H.A.P.I.

TOTAL :
 ESPÈCES CHÈQUE(S) VIREMENT BANCAIRE PASS'SPORT

Crédit Mutuel
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB					Domiciliation CCM NARBONNE HOTEL DE VILLE	
Banque 10278	Guichet 08964	N° compte 00021306501	Clé 52	Devise EUR		
Identifiant international de compte bancaire					BIC (Bank Identifier Code) CMCIFR2A	
FR76	1027	8089	6400	0213	0650	152
Domiciliation CCM NARBONNE HOTEL DE VILLE 48 RUE JEAN JAURES 11100 NARBONNE 04 68 90 91 38					Titulaire du compte (Account Owner) HANDI ACTIVITES PHYSIQUES INCLUSIVES 230 RUE DES FRIGOULES 11480 LA PALME	
Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.					PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ	



REPRESENTANT LEGAL

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / /

N° de téléphone :

Adresse mail :
(écrire en majuscules)

Autorise (NOM et PRENOM) :, en qualité de
représentant légal, à pratiquer une activité sportive hebdomadaire au sein de
H.A .P.I.

- J'autorise Je n'autorise pas l'association à utiliser l'image de l'adhérent
pour la promotion et la communication de l'association.
(Réseaux sociaux, vidéo, ...)

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

Signature :

**Merci de prendre connaissance du règlement intérieur, joint au dossier qui définit les règles d'adhésion à l'association.
Seuls les personnes à jour de leur adhésion auront accès aux activités.**

Je soussigné(e),
docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme

Né(e) le et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique
décelable contre indiquant la pratique de la natation de l'expression corporel
dansée.

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

Signature et cachet du médecin :