



Saison 2024-2025

Fiche d'inscription individuelle ou familiale  
(même adresse)

**PILATES**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Cotisation Pilates:	100 € x	
Adhésion 2024/25 au choix	-individuelle	10 € x .. [ou déjà réglée avec l'activité ..... ]
	-familiale :	20 € [ou déjà réglée avec l'activité .....]
Je cotise pour une autre activité au sein de l'USS:	non	oui, laquelle:
		<b>Total à régler:</b> .....€
		<b>le.....</b>
		<b>Signature:</b>

L'USS vous offre 1 séance d'essai.

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de l'USS et remis à l'un de vos responsables de section ou dans la boîte aux lettres de la mairie avec  votre dossier d'inscription complet (CERTIFICAT MEDICAL OU DECHARGE + FICHE D'ADHESION + CHEQUE(S)).

Aucun règlement ne sera encaissé avant le 1<sup>er</sup> novembre 2024.  
Règlement possible en 2 fois (encaissement en fin de trimestre).



**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**  
**et votre place ne sera donc pas retenue.**



**DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DU CERTIFICAT MEDICAL  
POUR LA (LES) ACTIVITE(S) PRATIQUEE(S)  
AU SEIN DE L'ASSOCIATION US SAMSONNAISE**

Je soussigné(e) .....  
Inscrit(e) à l'activité ou aux activités suivantes pour la saison 2024 /2025 :

- Décharge l'US SAMSONNAISE, ses responsables, ses intervenants et ses membres, de toute responsabilité en cas de conséquence médicale liée à la pratique de cette(ces) activité(s).
- Consens à assumer les risques médicaux connus et inconnus et leurs conséquences, afférents ou liés au fait que je pratique cette(ces) activité(s) au sein de l'US SAMSONNAISE.
- Certifie que :
  - Je suis en bonne condition physique et, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour.
  - Aucun médecin, personnel de santé ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette(ces) activité(s)
  - Je reconnais la nature de(des) activité(s) à laquelle(auxquelles) je m'inscris et suis conscient(e) des éventuels risques de santé que j'encoure.
  - Avoir pris connaissance de la demande et du conseil de l'US SAMSONNAISE de produire un certificat médical afin de pratiquer la(les) activité(s) en toute sécurité.

**Lu et approuvé** (mention manuscrite) :

**A** .....

**Date**.....

**Signature :**