



Saison 2024-2025

Fiche d'inscription individuelle ou familiale  
(même adresse)

**Running**

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

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

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

Tél. : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

OBLIGATOIRE

- Je certifie être assuré(e) pour la pratique de ladite activité
- Je m'engage à fournir un certificat médical ou je remplis une décharge (formulaire au verso)
- Autre(s) activité(s) pratiquée(s) au sein de l'USS : .....

Adhésion	-individuelle adulte:	10 € X ....	[ou déjà réglée avec l'activité .....] ]
	-familiale :	20 €	[ou déjà réglée avec l'activité .....] ]
Cotisation :		20.00 € X .....	
<b>Total :</b>			<b>€</b>

L'USS vous offre 1 séance d'essai. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de l'USS et remis avec votre **dossier d'inscription** à votre responsable de section.

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

Fait le .....Signature de l'adhérent :

Matériel à apporter : avoir une paire de baskets.

**DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DU CERTIFICAT MEDICAL  
POUR LA (LES) ACTIVITE(S) PRACTIQUEE(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 :**