



FICHE INSCRIPTION

2024/2025

Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Lieu de Naissance : Code postal _____ Ville : _____ (nouvel adhérent adulte)

☎ Fixe : _____ ☎ : Portable : _____ Courriel : _____

Nom de la mère pour les enfants (si différent) : _____

Site du club pour réservation : www.tnangis.com

ADHESION	Date de naissance			
	2016 et après	2007 à 2015	2006 et avant	Féminine tout âge
Baby-ping	90€			
Féminines **				90€
Jeunes		130€		
Loisirs *			110€	
Compétitions uniquement			110€	
Compétitions et entraînement			160€	
Critérium		0€	0€	0€
Réduction famille ****	-10€	-10€	-10€	-10€
Réduction parrainage ***	-10€	-10€	-10€	-10€
TOTAL COTISATION				

HORAIRES 2024/2025

LUNDI

18h/19h45 jeunes

20h/21h45 adultes

MERCREDI

13h30/15h Elite jeunes

14h/15h 7-10 ans

15h/16h30 10-18 ans

16h30/17h30 5-7ans

18h/21h Libre adultes

JEUDI

17h30/19h Jeunes /adultes

DIMANCHE

10h/12h Libre adultes

* Loisir avec entraînement possible. **féminine 1 raquette offerte pour 1^{ère} inscription.

**** Réduction famille = réduction pour chaque membre. *** Réduction parrainage = réduction pour le parrain et l'adhérent parrainé.

Règlement : Chèque Espèces Nombre versements = _____

Certificat médical oui non. (Certificat médical valable si daté après le 1/9/2021), ou attestation pour mineur oui

❖ J'autorise mon enfant à quitter seul la salle d'entraînement pour rejoindre son domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
❖ J'autorise mon enfant à être véhiculé par des bénévoles du club	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
❖ J'autorise le club à utiliser des photos de moi ou de mon enfant pour son site internet ou l'affichage dans la salle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
❖ En cas d'accident en fonction des soins nécessaires, le dirigeant du club fera appel à un médecin ou au SAMU. J'autorise tout examen, soins ou intervention chirurgicale nécessaire et autorise le dirigeant à demander l'admission en établissement de soins.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
❖ L'adhérent déclare avoir été informé des garanties dont il bénéficie par son adhésion, de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date et signature
de l'adhérent
(ou du tuteur si mineur)