A.S.L - G.R & Danse

GR Danse Louveciennes

FICHE D'INSCRIPTION saison 2023/24

Jours de cours :_____ Heure:_____

NOM: _____ PRENOM:_____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nom et Prénom des parents : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : *domicile* _____ *mobile* _____

MAIL en majuscules :(à donner impérativement)

Tarif cours :
(Assurance et prêt des justaucorps, engins, tenue gala compris)

Réduction tarif:
% Famille nombreuses*:

QS*:

Autres:

Règlement : ……€

Nombre Chèque (ordre ASL GRS):

N° Carte famille Nombreuse:

Tarification spéciale :
*-*Les tarifs cartes Familles Nombreuses ou quotient social ne sont applicables que pour les cartes délivrées par la* ***Mairie de Louveciennes.***
*- **-10 %** à partir de 2 adhérents d'une même famille sur la cotisation la plus élevée (hors tarif famille nombreuse).*
- Un supplément licence sera demandée pour chaque gymnaste inscrite en compétition UFOLEP

COURS	COTISATION ANNUELLE				
	TARIF LOUVECIENNES	TARIF AUTRES COMMUNES	Tarif Familles Nombreuses *		
			3 enf. (–15%)	4 enf. (–20%)	5 enf & + (–30%)
45 mn	212 €	221 €	180,2 €	169,6 €	148,40 €
1 H	248 €	260 €	210,80 €	198,40 €	173,60 €
1 H 30	310 €	325€	263,50 €	248,00 €	217,00 €
Cours supplémentaires					
compétition avant CM1	+ 114 €	+ 119 €	+ 96,9 €	+ 91,2 €	+ 79,8 €
compétition après CM1 (2H)	+ 155 €	+ 162 €	+ 131,75 €	+ 124 €	+ 108,5 €
45 mn	+ 103 €	+ 108 €	+ 87,55 €	+ 82,4 €	+ 72,1 €
1H	+ 114 €	+ 119 €	+ 96,9 €	+ 91,2 €	+ 79,8 €
1h30	+ 142 €	+ 148 €	+ 120,70€	+ 113,60 €	+ 99,40 €

Je déclare dégager la section GR et ses entraineurs de toute responsabilité avant et après le cours de mon enfant.
Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché en ce lieu ou lisible sur le site internet http://www.gr-danse-louveciennes.com

Signature:

A.S.L - G.R & Danse

GR Danse Louveciennes

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

(À signer sans présentation d'un certificat médical de moins d'1 an et après avoir complété le questionnaire de santé à garder chez soi)

Je soussigné M/Mme

Prénom : .....
Nom : .....

exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : .....
Nom : .....

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : .....

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale