

**BULLETIN d'ADHESION au groupe APA pour 2024 – 2025**  
**Reprise la semaine du 09/09/2024**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance.....

Adresse postale .....

Téléphone(s).....

Adresse mail (complète et écrite en MAJUSCULE) : .....

Accès aux 3 séances :      Année : 140€

   Trimestrielle (Sept-Déc, Janvier-Mars ou Avril-Juin) : 60€

Fait à ..... Le .....      Signature (obligatoire pour les majeurs) :

**Règlement : par chèque bancaire à l'ordre de SAM'PHI**

- ▶ *Autres possibilités d'aides : chèques vacances / coupons-sport / Comités d'Entreprise / Amicales...*
- ▶ *Pour une demande de facture, cocher la case*

***L'adhésion à l'activité sera effective après la remise du dossier complet comprenant 3 éléments :***

***\* Le bulletin d'adhésion dûment rempli      \*\* La cotisation (à l'ordre de Sam'phi)***

***\*\*\* Le certificat médical (à faire compléter)***

**Certificat Médical (datant de moins de 3 mois)**

**Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport**

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme : .....

Et n'avoir constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives de loisir adaptées (marche, ateliers équilibre, remise en forme adaptée ...)

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Cachet et signature du Médecin