

Renseignements

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Formule souhaitée :

Libre

Cours collectifs

(Choix non définitif, les deux peuvent être cochés)

Bénéficiaire du tarif réduit :

Non

Demandeur d'emploi

Etudiant

Décharge médicale

Je soussigné(e), certifie que :

- Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour.
- Ou qu'un professionnel de la santé m'autorise la pratique d'une activité physique en salle de remise en forme.

J'ai lu et approuvé le document, en signant je renonce à tous droits de poursuites.

Mairie

2 place de l'église

35750 Iffendic

02 99 09 70 16

mairie@iffendic.com

www.iffendic.fr

Pièces à joindre au dossier :

- Règlement intérieur lu et signé
- Justificatif de domicile
- Justificatif si tarif réduit (avis de situation pôle emploi de moins de 3 mois, attestation de paiement, copie de carte étudiante).

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous vous précisons que la collecte des données pour réaliser ce formulaire se fait sur la base de votre consentement. Les informations que vous nous transmettez sont exclusivement traitées par les services de la commune d'Iffendic dans le cadre de votre abonnement à l'Espace Sport'Iff. L'exercice de vos droits (consultations, accès, rectification ou suppression des données) est possible à tout moment auprès de la mairie mail à mairie@iffendic.com.

Pour toute question concernant la RGPD, vous pouvez vous adresser au Centre de Gestion d'Ille-et-Vilaine, Village des Collectivité territoriales, 1 avenue de Tizé, CS 13600, 35 236 Thorigné-Fouillard Cedex ou dpg@cdg35.fr

Fait à

Le

Signature :

Mairie

2 place de l'église
35750 Iffendic
02 99 09 70 16
mairie@iffendic.com
www.iffendic.fr

Accès à l'Espace Sport'Iff

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEUR·E·S

Je soussigné, Mme / M.

Nom : Prénom :

parent(s) / responsable légal du mineur :

Nom : Prénom :

Né·e le :/...../.....

À accéder en autonomie à l'Espace Sport'iff et/ou à participer aux cours collectifs.

J'atteste sur l'honneur que l'enfant nommé ci-dessus n'a pas de contre-indication de santé relative aux activités de cardio et de musculation. En l'absence de certificat médical, je décharge et libère de toute responsabilité la mairie d'Iffendic, en cas d'incident de quelque nature que ce soit.

Numéro de contact en cas de problème :

Fait à : Le :

Signature des **deux parents**/du responsable légal :

RAPPEL : CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE AVANT TOUT ACCÈS À LA SALLE

