

# Line Dance Story

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Année**...../..... **N° de Carte** :.....

Nom / Prénom de l'Adhérent : .....

Date de naissance de l'Adhérent : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

N° de Tel fixe : ..... N° de Tel portable.....

Adresse e-mail : .....@.....

**Parrainé par\*** :.....

\* [Bon de réduction de 10 € par parrainage](#)

### **Pièce à fournir pour l'inscription :**

Certificat médical pour la pratique de la Danse Country & Line Dance

### **CONDITIONS D'INSCRIPTIONS :**

L'Adhérent déclare être en bonne santé et avoir fait préalablement contrôler par un médecin son aptitude à pratiquer une activité sportive (**certificat médical au dos**). Il s'engage par ailleurs à prendre toutes précautions nécessaires pour sa santé et sa sécurité.

**Je certifie avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Intérieur et j'en accepte les termes.**

Fait à ..... Le .....

Signature

**Adhésion Annuelle : 160 € (FFCLD 20 + 140)**

**Adhésion Couple : 305 € (160 + 145)**

**Non Danseur : 35 € (FFCLD 20 + 15)**

### **Autorisation de diffuser les PHOTOS et VIDEOS**

J'autorise LINE DANCE STORY à diffuser mon image ou vidéo pour la communication (journal, internet ou autres) :                   Oui                   Non

**Fait à** ..... **Le** .....

Signature

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL**

**préalable à la Pratique de la  
NEW COUNTRY & LINE DANCE**

**Je soussigné, Docteur..... Certifie avoir examiné .....**

**Né(e) le ..... Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes  
cliniques contre-indiquant la pratique de la New Country & Line Dance.**

**Fait à..... le .....**

**Signature et cachet du Praticien**