

## BULLETIN d'ADHESION au groupe APA pour 2017 – 2018

NOM de l'ADHERENT : ..... PRENOM : ..... sexe : F ou M  
date de naissance  /  /  jj/mm/année nationalité .....  
adresse postale .....  
.....code postal  ville : .....  
téléphone (s) ..... / ..... / ..... profession (pour les majeurs) .....  
adresse Email (**complète et écrite très lisiblement**) : .....@.....

Accès aux 3 séances : Année : 130€  Trimestrielle (sept-déc, janv-mars, ou avr-juin) : 55€

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 France Parkinson)**  
**\*\*\* le certificat médical joint (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 / Melle : .....

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