



SAISON DU 07/09/2026 AU 26/06/2027

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à

Adresse : N° : Rue :

Code Postal : Commune :

☎ : Port :

Email :

J'adhère au F.J.E.P pour pratiquer les activités suivantes :

- | | |
|--|---|
| ☐ Couture | ☐ Peinture |
| ☐ Jouets Miniature Bois | ☐ Sculpture sur bois |
| ☐ Jeux de société | ☐ Loisirs créatif + Cartonnage |

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| ☐ Gym jeunes | ☐ Javelot | ☐ Danse moderne Jazz | ☐ Pilâtes |
| ☐ Gym tonique/ Zumba | ☐ Renforcement musculaire +Body Pump | ☐ Self Défense | |

☐ Demande d'attestation pour la mutuelle

Cadre réservé au FJEP

Règlement :

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| ☐ Espèces :€ | ☐ Chèques vacances€ | ☐ PassSport |
| ☐ Chèques :€ N°..... | Encaissement le | |
| ☐ Chèques :€ N°..... | Encaissement le | |
| ☐ Chèques :€ N°..... | Encaissement le | |
| ☐ Attestation mutuelle donnée | | |

Merci d'écrire le nom de famille en MAJUSCULES.

Autorisation d'évacuation et de soins

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

En qualité de

Représentant légal de l'enfant

Nom

Prénom

Date de naissance :/...../.....

Autorise le FJEP de Chocques à prendre sur avis médical toutes les dispositions nécessaires pour mon enfant en cas d'accident

☐ Oui

☐ Non

Fait à, le

Signature

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

En qualité de

Représentant légal de l'enfant

Nom

Prénom

Date de naissance :/...../.....

Autorise le FJEP de Chocques, à prendre en photo mon enfant pendant les activités au sein de l'association. J'autorise le FJEP de Chocques à afficher ces photos dans ses locaux ou lieux que le club utilise et éventuellement à publier ces photos dans des supports du club (programmes, journaux, site internet, réseaux sociaux...)

☐ Oui

☐ Non

J'ai pris bonne note que cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération

Fait à, le

Signature