



FICHE D'INSCRIPTION ADULTE

SAISON 2026 / 2027

Entraîneur : Anhtuan - 06 65 39 75 34

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Email :
Adresse :
Tél : N°de badge :
Tailles : ☐ XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL Pointure :

FORFAITS :

Renouvellement :

- ☐ Cotisation adulte + licence 190€
☐ Cotisation étudiant + licence 160€
☐ Cotisation d'été (Juin, Juillet, Août) 110€

Nouvel adhérent :

- ☐ Cotisation adulte + licence 200€
☐ Cotisation étudiant + licence 180€

- ☐ Cotisation + licence + **cours formule 1h30 / semaine** 525€
☐ Cotisation + licence + **cours formule 3h / semaine** 745€

Forfait retraités :

- ☐ Formule 1h30 / semaine 425€
☐ Formule 3h / semaine 545€

Options :

- ☐ Tournoi interne 10€
☐ Badge d'accès 10€
☐ Réduction de 20€ pour les lissois

MOYENS DE PAIEMENTS :

Montant total :

- ☐ Par chèque Nombre de chèques :

Encaissement maximum 4 fois, jusqu'à décembre 2026

N° de chèque	Montant	Date d'encaissement

- ☐ En espèces ☐ Par virement ☐ ANC vacances ou sport ☐ Demande d'une facture
☐ Coup de pouces ☐ Pass Sport

RIB DU CLUB (paiement par virement bancaire)

Titulaire : TENNIS CLUB DE LISSES
IBAN : FR76 3000 4016 2100 0109 8606 372
BIC : BNPAFRPPXXX

RÈGLEMENT INTÉRIEUR :

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (joint) du Tennis Club de Lisses et m'engage à le respecter.

DROIT À L'IMAGE :

- ☐ J'ai bien noté que les photographies ou films peuvent être réalisés à l'occasion des entraînements, des compétitions ou des diverses manifestations organisées par le club pour être utilisés à des fins pédagogiques ou pour illustrer différents supports de communication.

EN CAS D'URGENCE OU ACCIDENT

Personne à prévenir :

Personne à prévenir :

Tél :

Tél :

- ☐ Autorisation de soins d'urgence
- ☐ Questionnaire de santé QS-SPORT ☐ Certificat médical

Fait à Lisses le

Signature :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nom de l'adhérent :

Prénom :

Activité sportive :

Je soussigné(e) :

déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à la date de l'inscription pour la saison 2026 - 2027 et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D. 231-1-4 dans l'annexe II-22 du Code du sport, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ASMC ne pourra être recherchée

Signature :

Date du certificat médical précédent :

Nom du médecin :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- ☐ Saisie ADOC
- ☐ Scan fiche d'inscription
- ☐ Licence