

2025 - 2026



**Sporting Club Clichy S/Bois**  
Tel: 06 23 05 61 85

@ : [abdelhak.hashas@free.fr](mailto:abdelhak.hashas@free.fr)

Site : <http://www.movingcitykd-clichy.com>

Photo  
(2 + 1)

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TELEPHONE.....E-MAIL.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE .....

EN CAS D'URGENCE. ....

Date d'Entrée : .....

**PIECES A FOURNIR :**

**COTISATION ANNUEL**

- Ado/Adulte (+15 ans)*      **150 €**
- Personnel Communal*      **100 €**
- Autres (Associations Local)*      **75 €**

RESERVE AU CLUB

- Justificatif Personnel de la Ville (Pour Bénéficiaire du tarif)
- Photocopie Pièce d'Identité
- Certificat médical d'aptitude
- Deux photos d'identité
- Autorisation parentale (pour les mineurs +15 ans).

**Horaires :**

- Tous les jours du lundi au vendredi de **17 h 30 à 21 H 30 - les Samedis de 10 H à 14 H** « voir Planning »
- Fermetures : les Dimanches et jours Fériés.

- Je m'engage à venir m'entraîner avec une serviette propre et des chaussures de sport utilisées uniquement en salle.

Certaines informations vous concernant peuvent être publiées sur le site Internet du club ou autres supports. Si vous souhaitez que votre image ou celle de votre enfant ne soit pas diffusée, veuillez inscrire ci-après la mention NON :  
Conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite "Informatique et Libertés"), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression (art.34 de la loi) vos données.

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e) autorise mon enfant à participer aux entraînements de Musculation  
Dans le cadre de l'association **SPORTING CLUB** pour la saison sportive suivant le planning en vigueur.

J'autorise – Je n'autorise pas (1) l'encadrant à prendre sur avis médical toutes mesures tant médicales que chirurgicales en cas de maladie ou d'accident.

Signature du représentant légal :  
(Pour les mineurs)

(1) Rayez la mention inutile