



FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2020 – 2021

DATE LIMITE DE DEPOT DE VOTRE DOSSIER COMPLET : 15 Octobre 2020

Dossier reçu le

N° de réception

Individuelle Couple < 16 ans

Renouvellement d'adhésion N° de licence.....

NOM : / NOM :

PRENOM : / PRENOM :

ADRESSE : CP.....VILLE.....

TEL : / TEL :

@ : / @ :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... DATE DE NAISSANCE :/...../.....

Je m'inscris pour suivre le cours (cochez la ou les cases de votre choix)

Débutant <input type="checkbox"/>	Novice <input type="checkbox"/>	Intermédiaire/Avancé <input type="checkbox"/>
Lundi de 20h15 à 21h15 à la salle polyvalente	Lundi de 21h15 à 22h15 à la salle polyvalente	Mercredi de 20h15 à 21h15 à la salle polyvalente

Pour les mineurs : Je soussignée.....autorise ma fille/mon fils
.....à suivre les cours de danse aux jours et heures cochés précédemment et à
participer aux activités de l'association.

Je règle ma cotisation par chèque à l'ordre de **DAISY COUNTRY**

En une fois deux fois trois fois

Je suis inscrit(e) dans un autre club de Country : Nom..... / Niveau.....
auprès duquel j'ai réglé ma licence **FFCLD** : je déduis 20 € de mon inscription N° de Licence.....

L'adhésion autorise la fixation et la diffusion de l'image des adhérents captée dans le cadre des activités de
l'association à des fins de promotion, de communication et de documentation sur tout type de support, **sauf
demande expresse écrite.**

Dans le cadre de la présente inscription, **j'accepte de communiquer à DAISY COUNTRY des données à
caractère personnel.**

**J'autorise DAISY COUNTRY à communiquer mes nom, prénom, date de naissance et code postal à la FFCLD
pour obtenir ma licence annuelle.**

**DAISY COUNTRY traitera et conservera mes données personnelles dans le respect des dispositions mises
en place au sein de l'association, conformément à la réglementation du Règlement Général de Protection
des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018.**

**Je reconnais avoir lu et accepté le contenu de la fiche d'information 2020-2021, le règlement intérieur et le
protocole sanitaire qui m'ont été remis.**

Date :

Signature :