

##  Cercle Pasteur

## Montargis Gymnastique

5, boulevard Durzy

45200 MONTARGIS

🕾 : 02389879 00

E-mail :

 **secretariat.gym@cerclepasteur.fr**

PHOTO

### Règlement Intérieur du Club

**Vie de groupe :**

Les activités proposées par l’association sont des activités sportives et comme telles, elles imposent le respect de soi-même et des autres, par correction dans la tenue, le langage et la politesse vis-à-vis de l’encadrement du club et de l’ensemble des pratiquants.

Les utilisateurs sont tenus de maintenir en état de propreté les espaces qui leur sont dévolus : vestiaires, douches, saunas, gymnase, matériel de musculation, et respecter les horaires des cours.

**Objets ou valeurs :**

Bien que soucieux et attentifs aux problèmes de vols et de détérioration des objets et effets personnels, l’association et son encadrement ne peuvent être tenus pour responsables si de tels incidents venaient à se produire dans l’enceinte des locaux. Il est donc fortement déconseillé de venir à l’entraînement avec des objets de valeurs (bijoux, montre, téléphone portable) ou des sommes d’argent (**DES CASIERS SONT A VOTRE DISPOSITION).**

**Règles à respecter impérativement :**

* **Portable amplifié et chewing-gum interdit dans la salle**
* **Tenue de sport exigée**
* **Baskets propres et dédiées à la salle**
* **Serviette obligatoire sur les appareils**
* **Accès interdit aux enfants des adhérents pendant leur séance**
* **L’espace musculation et salle de gym sont interdits à toute personne non inscrite et aux enfants des adhérents.**

 **Rangement du matériel et déchargement des barres obligatoire**

 **Le non-respect de ces règles entraîne l’exclusion de la salle**

*L’association ne rembourse aucune inscription après engagement.*

**J’atteste décharger le Cercle Pasteur de toutes responsabilités en cas de non présentation de mon certificat médical obligatoire.** ❑

**ADHESION 12 mois** ❑  **6 MOIS** ❑ **3 MOIS**❑ **1 MOIS** ❑

**Date de début : …………… Date de fin………….**

**FITNESS TARIF COURS COLLECTIF** ❑

**Date de début : ……… Date de fin…………..**

 **SPORT SANTE** ❑ **Date de début : ………**

**MADAME** ❑ **MONSIEUR** ❑ ❑ **ENFANT MINEUR**

**Nom :**………………………………….. **Nom de jeune fille :**………………….. .

**Prénom :**………………………………………………………………………………

**Né (e) le :**………………………………. **à**…………………………………………..

**Adresse** **:**……………………………………………………………………………..

**C.P** **:** **Ville :**……………………………………………………

**Tél. fixe :**………………..  **Tél portable** **:**……………

**Mail :**…………………….

**Mode de paiement :** ❑ **CB** ❑ **ESPECES** ❑**CHEQUES X1 X2 X3 X4**

**Montant : €**

**Autorisation parentale pour les mineurs :**

**Nom** :…………………………………………………………………………………

**Prénom** :………………………………………………………………………………

**Tél portable** :…………………………………………………………………………

**Autorise mon fils❑ ma fille❑ à pratiquer le sport en salle de forme au Cercle Pasteur sans ma présence❑**

 **J’atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur  ❑**

**Date :**

**Signature de l’adhérent (e) Représentant légal**