



PLOUBALAY REBELS

Association Loi 1901

DEMANDE D'ADHÉSION 2026/2027

REMPLIR UNE FEUILLE PAR PERSONNE

A remettre en cours ou renvoyer au plus tard le **14 octobre 2026** à :

Association Ploubalay Rebels - Mairie de Ploubalay - 5bis rue Ernest Rouxel - BP01 - 22650 BEAUSSAIS S/MER

Nouvel adhérent : adresser une photo selfie par mail à ploubalayrebels@gmail.com ou, à défaut, joindre une photo papier portant au dos vos nom et prénom.

NOM : PRÉNOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel Tél. portable

Avez-vous déjà pratiqué la Danse Country : ☐ OUI Nombre d'années : ans ☐ NON

Etes-vous membre d'un autre club de danse : ☐ OUI Lequel : ☐ NON

Votre niveau : ☐ Débutant ☐ Novice ☐ Intermédiaire

Je souhaite participer au groupe d'échanges WhatsApp de l'association : ☐ OUI ☐ NON

Moins de 18 ans :

Le représentant légal : Nom..... Prénom..... Tél.....

Déclare autoriser sous sa responsabilité le mineur ci-dessus à participer aux cours de danse country.

Les enfants entre 8 et 16 ans sont acceptés à condition **d'être accompagnés** d'un parent pendant les cours.

Date :

Signature du représentant légal :

☐ Je reconnais avoir lu le règlement intérieur de l'association et l'accepter sans réserves.

☐ J'autorise l'association à utiliser mon (mes) image(s) prise(s) lors d'activités de l'association à des fins de promotion et/ou d'information y compris sur son site internet.

TARIFS* : 60 € par personne ; 100 € pour un couple

PIÈCES A JOINDRE : un certificat médical d'aptitude à la danse pour tout nouvel adhérent ou si le précédent est antérieur à 2023. Dans les autres cas, signer l'attestation ci-dessous.

REGLEMENT

☐ 1 chèque ☐ 2 chèques ☐ Espèces ☐ Virement

Crédit Mutuel de Bretagne

Titulaire du compte : PLOUBALAY REBELS

IBAN : FR76 1558 9228 3802 9995 6204 004

BIC : CMBRFR2BARK

Référence à indiquer : Nom, prénom du danseur - Adhésion 2026

Les chèques seront encaissés en octobre et novembre 2026.

Date :

Signature :

*L'adhésion comprend les frais d'affiliation de l'association à la Fédération Française du Bénévolat Associatif (SACEM et assurances)

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e)

Certifie avoir répondu **NON** à l'ensemble des questions figurant au questionnaire de santé (téléchargeable sur le site "www.ploubalay-rebels.fr". Ne pas joindre au présent bulletin).

Date :

Signature