

FICHE D'INSCRIPTION ACTIVITÉ GYMNASTIQUE 2024/2025

Comité des Activités Sociales Interentreprises des Cheminots Auvergne-Nivernais

Siège du CASI : 68 bis avenue Edouard Michelin - 63100 Clermont-Ferrand

☎ 04 73 98 24 54 - SNCF : 55 07 98 - 📧 siege63@casi-auvni.fr

www.casicheminots-auvni.fr



Date de réception de la fiche (réservé au CASI)	DEMANDEUR
	<input type="checkbox"/> ACTIF <input type="checkbox"/> RETRAITÉ <input type="checkbox"/> AYANT-DROIT <input type="checkbox"/> EXTÉRIEUR
<u>Intitulé de l'activité :</u> Gymnastique d'entretien Saison 2024/2025 <input type="checkbox"/> Allier <input type="checkbox"/> Puy-de-Dôme Date : Horaires : <input type="checkbox"/> Fourniture du certificat médical de non-contre indication à la pratique de gymnastique (conseillé) délivré le <u>Tarif annuel :</u> Cheminot Actif / retraité et ayant-droit : ▶ 29 € 00 Extérieur : ▶ 129 € 00	NOM : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : E.mail (en majuscules) : ☎ Domicile : ☎ Service : N° C.P : N° Sécurité Sociale (conjoint & enfant) : Nom du service : C.S.E. d'appartenance :

NOM	Prénom	Date de naissance	Parenté D > demandeur C > conjoint E > enfant à charge	Prix de l'activité / sortie
Coût total				

ATTENTION :

Condition d'adhésion / paiement de cotisation :

L'inscription au sein de l'activité Gymnastique du CASI implique la signature de la fiche d'inscription ([téléchargeable sur le site](#)) ainsi que le règlement de la cotisation par chèque bancaire à l'ordre du CASI SNCF et la fourniture conseillée d'un certificat médical autorisant la pratique du sport.

ATTENTION : Pour bénéficier des activités sociales de votre CASI, il est impératif d'avoir rempli la fiche d'adhésion au CASI ([téléchargeable sur le site](#)) accompagnée des pièces justificatives demandées.

Des photos prises au cours des activités sont susceptibles d'être utilisées exclusivement dans nos supports de communication.

Nous vous demandons de bien vouloir cocher l'attestation ci-après :

- J'autorise le CASI à utiliser mon image
 Je n'autorise pas le CASI à utiliser mon image

Mode de paiement : le

Espèces Chèque bancaire N°.....

Banque :

.....

Je certifie que les renseignements figurant sur cette demande sont exacts. Je m'engage à respecter les modalités de fonctionnement du CASI et donne pouvoir à celui-ci pour prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

Lu et approuvé, à
le.....

Signature du demandeur