

# Société de Gymnastique Espérance Pfastatt

## FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024-2025

**Attention :** le règlement comprend : la cotisation, la licence, la vente des calendriers, ainsi que la location des justaucorps d'Ensemble pour la saison.

J'opte pour le paiement suivant : - à l'année et à l'inscription

- en 3 fois par chèque remis à l'inscription (encaissés septembre-décembre-avril)

- Par règlement mensuel (à partir des CF2) : 100€ à l'inscription + 9 chèques du solde /9

**Le certificat médical et 1 photo d'identité sont à remettre obligatoirement avant le 1<sup>er</sup> octobre.**

**Tarifs ci-dessous pour le 1<sup>er</sup> enfant :** (réduction pour le 2<sup>ème</sup> enfant de 20€ à 50 € selon la catégorie)

SECTEURS	CATÉGORIES		Nbre d'entrain/ Semaine	Cotisation annuelle	Versement au 04/09/24	Versement au 04/12/24	Versement au 04/04/25	
<b>ANIMATION</b>	BEBE - GYM		1	<b>140</b>	60	40	40	
	BABY - GYM/EVEIL - GYM		1	<b>160</b>	80	40	40	
	EVEIL - GR		1	<b>170</b>	90	40	40	
	Initiation GR		1	<b>170</b>	90	40	40	
	Access GR		1	<b>210</b>	90	60	60	
	CF1		1	<b>210</b>	90	60	60	
	CF2		1	<b>250</b>	110	70	70	
<b>COMPETITION</b>	CF3		2	<b>310</b>	120	100	90	
	T.R.		1	<b>280</b>	120	80	80	
	TFB		1	<b>310</b>	120	100	90	
	TFC		1	<b>310</b>	120	100	90	
	Poussines Performance		3	<b>360</b>	140	110	110	
	TFA	10-11 ans		3	<b>430</b>	150	140	140
		12-13 ans		3	<b>430</b>	150	140	140
		14-15 ans		3	<b>430</b>	150	140	140
		16-17 ans		3	<b>430</b>	150	140	140
18 et +		2	<b>370</b>	150	110	110		
<b>PERF</b>	ENSEMBLE NAT	10-11 ans		3	<b>430</b>	150	140	
		12-13 ans		3	<b>430</b>	150	140	
		14-15 ans		3	<b>430</b>	150	130	140
		18 et +		1	<b>330</b>	130	100	100
	EQUIPE NAT		12 ans et +		3	<b>430</b>	150	140

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

Certifie avoir pris connaissance du règlement et donne décharge à la Société Espérance Pfastatt pour l'organisation des déplacements (en faisant appel à des parents volontaires le cas échéant).

La société se réserve le droit d'intervenir auprès des autorités médicales en cas de besoin.

**SIGNATURE DU RESPONSABLE :**