



# JacoGym

Mairie-73000 JACOB BELLECOMBETTE

E - mail: [jacogym73@gmail.com](mailto:jacogym73@gmail.com)

## Bulletin d'adhésion Saison 2025 / 2026

Si première  
année  
PHOTO

ANCIEN ADHÉRENT  (1)

NOUVEL ADHÉRENT  (1)

Mme  Mlle  M. (1)

Date d'inscription :

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : ..... **Date de naissance** : .....

**E-mail** (*bien lisible en MAJUSCULE*) :

(Indispensable et reste confidentiel) **À défaut merci de nous fournir deux enveloppes timbrées**

S'inscrit pour l'année 2025/2026 à : (1)

- La GYMNASTIQUE  Gym (JACOB)  Gym Douce (BIOLLAY)  **94,00 €**  
(Possibilité de choisir les 2 sites)
  - Le PILATES au choix :  Jeudi 10h/11h (Salle Chartreuse)  
(1 seul choix possible)  Jeudi 11h/12h (Salle Chartreuse)  Mercredi 20h/21h (Salle Revard)  **104,00 €**
  - Le STRETCHING  Jeudi 20h/21h (Salle Chartreuse)  **104,00 €**
- SOUS TOTAL** : .....€
- Réduction de 10 € si plusieurs activités choisies..... : .....€
- Réduction de 20 € pour les étudiants sur présentation de la carte..... : .....€
- TOTAL** : .....€

- **Bulletin à retourner accompagné du règlement correspondant** :

- **Soit par chèque** libellé à l'ordre de **JACOGYM** (Possibilité de faire 2 ou 3 chèques si le montant total de cotisation est supérieur à 150 € : Les encaissements se feront les 10 des mois suivants).
- **Soit par virement bancaire** selon le RIB CREDIT AGRICOLE ci-joint, ou sur le site de la Mairie.

- **Certificat médical** de non contre-indication (*bien préciser pour quelle(s) activité(s)*) ou bien **du talon** signé de l'auto-questionnaire de santé **UNIQUEMENT** (voir notice Certificat médical JACOGYM).

- **Photo d'identité** récente pour les nouveaux adhérents et pour ceux qui ne l'ont pas fournie précédemment (possibilité d'envoyer un fichier informatique à [jacogym73@gmail.com](mailto:jacogym73@gmail.com)).

Je désire une attestation pour mon comité d'entreprise (1) (L'attestation sera envoyée à votre adresse mail. Si vous ne l'avez pas fournie, **merci de joindre une autre enveloppe timbrée.**)

Signature :

Fait à  
Le

N.B. : **Dossier à remettre sous enveloppe non cachetée avec votre nom**: Aucun remboursement ne sera effectué.

(1) Cocher la (les) case(s) correspondante(s)

**Assurance des accidents corporels des adhérents** : Les licenciés de JacoGym bénéficient de la garantie indemnisation des dommages corporels de base souscrite auprès de la MAIF lorsqu'ils sont victimes d'un accident au cours des activités organisées.

Attention : Bien que reflétant la réalité, ce document ne présente pas de caractère contractuel.

<p>● Garantie "Indemnisation des Dommages Corporels"</p> <p>Cette garantie de type "Individuelle Accident" permet aux assurés de bénéficier des prestations suivantes en cas de dommages corporels d'origine accidentelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Services d'aide à la personne : assistance à domicile .....</li> <li>- Remboursement : .....</li> <li>- Des frais médicaux, pharmaceutiques et de transport pour soins restés à charge après intervention des organismes sociaux :</li> <li>- dont frais de lunettes .....</li> <li>- dont frais de rattrapage scolaire exposé après 15 jours consécutifs d'interruption</li> <li>- Des pertes de revenus effectives pendant la période d'incapacité résultant de l'accident .....</li> <li>- Des frais de recherche et de sauvetage des vies humaines .....</li> <li>- Versement d'un capital contractuel :</li> <li>- En cas de blessures :</li> <li>- Jusqu'à 109 % .....</li> <li>De 10 à 119 % .....</li> <li>- De 20 à 134 % .....</li> <li>- De 35 à 149 % .....</li> <li>- De 50 à 100 % : - sans tierce personne .....</li> <li>- avec tierce personne .....</li> <li>- En cas de décès :</li> <li>- Capital de base .....</li> <li>- Capitaux supplémentaires :</li> <li>- Conjoint .....</li> <li>- Enfant à charge .....</li> </ul> <p>● Garantie "Dommages aux Biens personnels de l'assuré "Elle couvre les biens personnels de l'assuré (vêtements, bagages...) contre tout événement de caractère accidentel (y compris le vol)</p> <p>● Garantie "Recours-Protection Juridique"</p> <p>Elle permet d'exercer un recours amiable ou judiciaire en vue d'obtenir la réparation des dommages subis par l'assuré et engageant la responsabilité d'un tiers</p> <p>● Garantie "Assistance: "En cas d'événement, l'assuré bénéficie d'une garantie d'assistance offerte par MAI assistance.</p> <p>Sont notamment pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place .....</li> <li>- Le rapatriement des blessés et malades graves</li> </ul> <p>Chacun peut adhérer à une assurance individuelle complémentaire, ASport+.</p> <p>Renseignements auprès du Président, par mail (jacogym73@gmail.com).</p>	<p>à concurrence de 700 € et dans la limite de 3 semaines</p> <p>à concurrence de 1 400 €</p> <p>à concurrence de 80 €</p> <p>à concurrence de 16 € par jour dans la limite de 310 €</p> <p>à concurrence de 16 € par jour dans la limite de 3 100 €</p> <p>à concurrence des frais engagés et dans la limite de 7 700 € par victime</p> <p>36 100 € x taux</p> <p>37 700 € x taux</p> <p>13 000 € x taux</p> <p>16 000 € x taux</p> <p>23 000 € x taux</p> <p>46 000 € x taux</p> <p>3 100 €</p> <p>33 900 €</p> <p>33 100 €</p> <p>à concurrence de 600 € par personne (franchise : 150 €)</p> <p>sans limitation de somme</p> <p>à concurrence de 4 000 € (pour la métropole et les DOM) 80 000 € (pour les TOM et l'étranger)</p>
--	---



Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

CR DES SAVOIE  
COGNIN

23/05/2025

Tel: 0479446031

Fax:

Intitulé du Compte :

ASSOC. JACOGYM  
MAIRIE DE JACOB  
7 RUE DE LA MAIRIE  
73000 JACOB BELLECOMBETTE

#### DOMICILIATION

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18106	00810	84223685050	35

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1810 6008 1084 2236 8505 035

BIC (Bank Identification Code) **AGRIFRPP881**