



ELEVE

NOM : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

 CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

En cas d'absence de certificat médical, l'adhérent(e) ne pourra participer au cours. Si plusieurs activités, les préciser sur le certificat médical.

REPRESENTANT(S) LEGAL DE L'ELEVE

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Communes : _____

Tél. Fixe : _____

Portable(s) : _____ / _____

Email(s) (EN MAJUSCULES SVP) : _____

COTISATION ANNUELLE 2018/2019

 MUSCULATION ADOS 1h00 147.00€ ou 3 x 49.00€/49.00€/49.00€

SAMEDI

 13h - 14h 14h - 15h

Paiement en 3 fois accepté (15/10, 15/01, 15/04) ; la totalité des règlements doivent être joint à l'inscription.

Nous acceptons les tickets CAF/MSA, coupons sports, chèques vacances ANCV.

ATTESTATION

(Pour les élèves mineurs)

Je soussigné Mme ou M. _____ reconnais avoir pris connaissance des horaires des cours de musculation dispensés par l'association Esprit Danse à mon enfant _____ et dégage l'association de toutes responsabilités pour tout incident ou accident pouvant survenir à mon enfant en dehors de ces heures de cours et notamment juste avant et après celles-ci et ce, pendant l'année 2018/2019. J'autorise l'association Esprit Danse à utiliser des images des cours et spectacles auxquels participe mon enfant, à des fins de communication ou de constitution d'archives. J'atteste également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association (*transmis lors de l'inscription*).

Fait à _____ le _____

Signature(s)