



ELEVE

NOM : _____

 CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Prénom(s) : _____

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

Date de naissance : _____

Adresse : _____

CP : _____ Communes : _____

Tél. Fixe : _____

Portable(s) : _____ / _____

Email(s) (EN MAJUSCULES SVP) : _____

COTISATION ANNUELLE 2018/2019 - FITNESS

 GYM 1h00 111.00€ ou 3 x 37.00€/37.00€/37.00€

LUNDI

 20h - 21h STEP 1h00 111.00€ ou 3 x 37.00€/37.00€/37.00€

VENDREDI

 19h - 20h ZUMBA 45min 111.00€ ou 3 x 37.00€/37.00€/37.00€

MARDI

 19h - 19h45 20h - 20h45

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

Je soussigné(e) Mme ou M. _____ reconnais avoir pris connaissance des horaires des cours de fitness dispensés par l'association Esprit Danse.

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)