

COORDONNEES DE L'ADHERENT

Mme Mlle Mlle

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Mail : _____

Profession : _____

Sport(s) Pratiqué(s) : _____

VOTRE ABONNEMENT

Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel Frais de Gestion (50€)

COACHING

1 séance 10 séances 15 séances 20 séances

REATHLETISATION

10 séances 15 séances

REGLEMENT

MONTANT TTC TOTAL : _____ (Possibilité de paiement en plusieurs fois)

Chèque Carte Bancaire Espèces

SANTE - CERTIFICAT MEDICAL

L'adhérent atteste que sa condition physique et son état de santé lui permettent de pratiquer les diverses activités de la salle.

Contre-indication ou information importante (maladie, blessures,...) : _____

Remise d'un certificat médical : Oui Non

L'adhérent accepte que les responsables de la salle prennent toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence

Oui Non

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Je, soussigné _____ atteste de l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler toute modification. Fait à Lyon, le _____ Signature : _____