

NOM ET PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
ADRESSE POSTALE		
ADRESSE MAIL		
N°TÉLÉPHONE		
PROFESSION		
DROIT A L'IMAGE	OUI	NON
DROIT D'ADHESION 2024-2025	Je suis adhérent(e)	Je ne suis pas adhérent(e) 35€

Antécédents médicaux/ pathologies :

J'accepte d'être ajouté au groupe WhatsApp

FORFAIT JOURNALIER

10€/séance

Date										
Mode de paiement										
Date										
Mode de paiement										
Date										
Mode de paiement										

FORFAITS MENSUEL

1 séance/semaine

	SEPT	OCT	NOV	DEC	JANV	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL	AOUT
TARIF	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Date												
N° Chèque												
Banques												
Espèce												
CB												
Virement												
Avoir												

2 séances/semaine

	SEPT	OCT	NOV	DEC	JANV	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL	AOUT
TARIF	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Date												
N° Chèque												
Banques												
Espèce												
CB												
Virement												
Avoir												

Mode de paiement : CB, chèque, espèce, virement.

Attention, la séance devra être réglée avant le début de celle-ci.

Le club ne rembourse pas les séances non effectuées, un avoir pourra être proposé sur présentation d'un certificat médical.

Renseignements au 0690.29.05.31 ou par mail : dugazon.communication@gmail.com

Je soussigné(e).....atteste avoir pris connaissance et accepte les conditions d'inscription.

Fait-le : A :

Signature :