



SECTION : **YOGA** ACTIVITE : **PILATES**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Adresse mail (obligatoire) : _____

CHOIX DE LA SEANCE : reprise semaine du 10 septembre 2018 (pas de cours pendant les vacances scolaires)

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mardi 12 h 30 – 13 h 30 | <input type="checkbox"/> Jeudi 12 h 30 – 13 h 30 |
| <input type="checkbox"/> Mardi 18 h 30 – 19 h 30 | <input type="checkbox"/> Jeudi 13 h 45 – 14 h 45 |
| <input type="checkbox"/> Mardi 19 h 35 – 20 h 35 | <input type="checkbox"/> Jeudi 18 h 30 – 19 h 30 |
| <input type="checkbox"/> Mercredi 19 h 30 – 20 h 30 | |

J'accepte de figurer

Je n'accepte pas de figurer

sur les photos prises lors des cours et publiées sur le site du club

COTISATION ANNUELLE

Cotisation annuelle : **120 €**

CERTIFICAT MÉDICAL

- Première adhésion ou Renouvellement (avec certificat médical antérieur au 01/09/2016) : certificat médical de non contre-indication à la pratique du Pilates, datant de moins d'1 an
- Renouvellement : Je soussigné(e) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT cerfa n° 15699-01) et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques

RÈGLEMENT :

Espèces :

Chèque bancaire :

Chèques vacances ANCV :

Coupons sports ANCV :

Chèques CLARC Région :

à l'ordre de **CHARTRES HORIZON Yoga**

Possibilité de paiement en plusieurs fois (établir les chèques à l'inscription)

Fait à CHARTRES, le

SIGNATURE :