



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

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Adresse mail (obligatoire) : _____

CHOIX DE LA SEANCE : reprise semaine du 16 septembre 2019 (pas de cours pendant les vacances scolaires)

- | | |
|---|---|
| ☐ Mardi 12 h 30 – 13 h 30 | ☐ Jeudi 12 h 30 – 13 h 30 |
| ☐ Mardi 18 h 30 – 19 h 30 | ☐ Jeudi 13 h 45 – 14 h 45 |
| ☐ Mardi 19 h 35 – 20 h 35 | ☐ Vendredi 18 h 10 – 19 h 10 |
| ☐ 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 01/09/2017) : 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 : | ☐ Chèques vacances ANCV : |
| ☐ Chèque bancaire : | ☐ 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 :