

Association EQUILIBRE
FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(merci d'écrire en MAJUSCULE)

Mme M.

Nom :

Prénom :

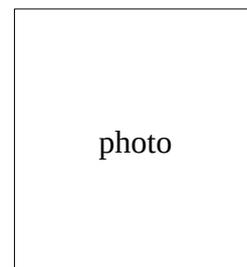
Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone :

E-mail :



CHOIX DE FORMULE	CHOIX DES COURS
<u>ANNUELLE</u>	<u>Pierrefonds</u>
<input type="checkbox"/> 1 cours par semaine	Lundi
<input type="checkbox"/> 2 cours par semaine	<input type="checkbox"/> 10h15 – 11h15 PILATES niveau 1
<input type="checkbox"/> Pass illimité	<input type="checkbox"/> 17h00 – 18h00 PILATES niveau 2
<u>DECOUVERTE</u>	Jeudi
<input type="checkbox"/> 4 cours (une seule carte par an par personne)	<input type="checkbox"/> 11h00 – 12h00 Spécial Etirement
	<input type="checkbox"/> 12h00 – 13h00 PILATES

REGLEMENT

- Espèce Montant :
- Chèque N° Montant :
- Chèque N° Montant :
- Chèque N° Montant :

CERTIFICAT MEDICAL

Merci de prévoir un certificat médical de moins de 3 ans, de non contre-indication à la pratique sportive ou le questionnaire de santé de décharge (*disponible sur le site internet de l'association*).

A PROPOS DE VOUS

Si vous le souhaitez, vous pouvez exprimer ici des situations de santé particulières, antécédents médicaux, douleurs ou difficultés à prendre en compte :

.....
.....

Date et Signature