

Ma photo	COURS de..... adultes / enfants ?
	Jour : Heure :
	Ou :

NOM :	Forfait :
PRENOM :	Coût :

TELEPHONE :

ADRESSE :

.....

MAIL :

Acceptez-vous de recevoir des informations sur les cours par mails
Ou par téléphone ?

PROFESSION :

AGE : 15/25 ans 25 /35 ans 35/45 ans 45/55ans 55/65
65/75 75/85

Avez-vous déjà pratiqué le ?

Depuis combien de temps ?

Avec qui

Comment vous avez-vous connu ? site ? proximité ? amis ?
Autre :

Avez-vous ou avez-vous eu d' autres activités sportives ?

Qu'attendez-vous du ?

Avez-vous des problèmes de santé ? (ex : mal de dos, migraines , mal aux articulations , problèmes cardiaques, insomnies, hypo ou hyper -tension, état dépressif, opérations)

Etes-vous enceinte ? 1^{er} enfant ? autre ?

Date prévue accouchement.....

LA PRATIQUE DU..... NECESSITE UN CERTIFICAT MEDICAL d'APTITUDE obligatoire dans les 15 jours suivant l'inscription .

<p><u>Déclaration sur l'honneur concernant votre participation à un cours de :</u> Je déclare pratiquer le.....en pleine conscience de mes capacités. Les professeurs ne peuvent être tenus pour responsables d'éventuels dommages pouvant survenir pendant le cours. Je certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile sinon je m'engage à en souscrire une avant mon premier cours .J'ai 15 jours pour produire un certificat d'aptitude .Aucun remboursement sera possible 15 jours après mon inscription, sauf en cas de maladie empêchant ma pratique, certifiée par un médecin .</p> <p>Fait àleSignature :</p>

Réservé à l'administration :		
1 ^{er} /	2 ^o /	3 ^o /

(Ordre sur le chèque : IDA) besoin d'un reçu ?
(donné dès l'encaissement du dernier chèque)

