**Coordonnées** :

Madame Monsieur

Nom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

Prénom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Date de naissance : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

E-mail : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphone : . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

Portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

**Information** :

Assurance :  Oui  Non

Pathologie(s) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

Sous ALD :  Oui  Non

Allergie(s) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Formule :  Individuel  Collective

Nombre de séances :  5 séances  10 séances  15 séances  20 séances autre : . . ..

**Pièces à fournir :**

1 photo

Un certificat médical d'aptitude à la pratique physique daté de moins de 3 mois

Une attestation d'assurance

Règlement intérieur

Si sous ALD, se munir de la prescription faite par votre médecin généraliste (Sport sur ordonnance)

**Le règlement** : Le règlement se fera le jour du rendez-vous pour finaliser l'inscription

Espèces

Chèque : n°. . . . . . . . . . . . . . . . . .. Banque : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..

Prélèvement automatique (RIB) et autorisation SEPA