



Association C.VITAMINE

N° W073002234/Siret 812 140 960 00012

C.Vitamine@hotmail.fr

Facebook : Cvitaminé Danse Soyons

Site internet : <http://cvitamine.wixsite.com/soyons>

Tel : 04.75.80.28.31

PHOTO
OBLIGATOIRE
(Pas
nécessairement
une photo
d'identité)

ADULTE :

INSCRIPTION SAISON 2018/2019

Du 10 septembre 2018 au 30 juin 2019

(Hors vacances scolaires et jours fériés)

Informations à compléter par l'adhérent :

NOM et Prénom : _____

Né(e) le : _____

Mail : _____

N° Tel: _____

Adresse postale : _____

ZUMBA et ZUMBA-STEP

Jeudi / 19h15 à 20h15

DANSE de SOCIETE

Mercredi / 19h30 à 20h30 **Débutants**

Jeudi / 20h30 à 21h30 **Confirmés**

***Cotisation annuelle :**

ZUMBA / ZUMBA-STEP / FITNESS

125€ : 1 cours / semaine / personne
(Dont 10 € d'adhésion)

Avantage :

* -10% pour l'adhésion de trois membres du noyau familial

* Règlement par coupon Sport ANCV accepté

50€ : pour un cours supplémentaire / semaine

Fiche d'inscription accompagnée du règlement par chèque (libellé à l'ordre de C.Vitaminé)

Certificat médical (voir au dos) dûment complété et signé par le médecin

2 enveloppes timbrées et libellées à votre nom (pour les nouveaux adhérents)

FITNESS

(Renforcement musculaire et stretching)

Lundi / 19h15 à 20h30

***Cotisation annuelle :**

DANSE de SOCIETE

125€ : 1 cours / semaine / personne

185€ : 1 cours / semaine / couple
(dont 10 € d'adhésion)

L'inscription est prise en compte avec un dossier complet.

L'association se réserve le droit d'annuler ou modifier les cours en fonction de la demande et de la disponibilité des salles

Informations à compléter par l'association :

Fiche d'inscription réceptionnée le :

Paiement effectué :

en partie

en totalité

Date(s) et montant(s) d'échéance(s) :

Moyen :

Chèque(s)

montant(s) :

numéro(s) :

Facture N°.....

envoyée par mail le :

remise en main propre le :

CERTIFICAT MEDICAL

Délivré à la demande du patient et remis en main propre au patient ou à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, pour faire valoir ce que de droit.

A _____

Le _____

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie après examen _____

que : M, Mme, Melle _____

Doit être dispensé(e) d'Education Physique et Sportive

Pendant _____ jours, à compter du _____

Ne présente pas à ce jour, de contre-indication à la pratique de :

Zumba et Zumba-Step

Fitness

Danse de Société

Signature :