



Contact : **THIERRY** Portable : **0632119347**

FICHE D'INSCRIPTION ADULTES

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL : Portable :

Email : (écrire lisiblement)

PASSIONS/LOISIRS :

HORAIRES :

Mercredi de 19 H 30 à 21 H 00
ou 21 H 00 à 22 H 30
Vendredi de 20 H 00 à 22 H 00

TARIF LOISIRS : **80 €**

(pour et à partir du 2ème membre de la même famille →→ **Tarif Réduit : 50 €**)

**POUR LES NOUVEAUX INSCRITS : CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE
POUR UNE REINSCRIPTION : QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER**

Demande d'attestation pour mon comité d'entreprise

ASSURANCE

Je soussigné :

Reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance individuelle accident proposées par l'ASCR et déclare :

- accepter ces dispositions
- souhaiter bénéficier d'indemnités contractuelles plus importantes (dans ce cas, l'ASCR vous proposera un autre contrat et vous demandera votre participation financière)

DATE :

SIGNATURE :