



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 normal : 80 €
- Tarif spécial adhérent 2020/2021 : 60 €

(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 :