



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 famille\* **50 €**

(\*pour et à partir du 2ème membre de la même famille)

## 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 :