

BULLETIN D'ADHESION



Première inscription

1 an - Adhésion 155 €

Renouvellement

145 €+ 10 € adhésion NOS



NOM : _____

Prénom : _____

Homme

Femme

Né.e le : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Mail (en majuscules SVP) : _____

(pour recevoir les actualités, changements d'horaires, périodes de fermeture...)

Votre inscription sera effective lorsque nous serons en possession des éléments suivants :

- Fiche d'inscription
- Un chèque du montant de votre adhésion à l'ordre du NOS REMISE EN FORME
- Une photo

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image,

j'accepte je refuse

que les photos où j'apparais soient utilisées, exploitées et diffusées par le NOS Remise en Forme dans le cadre de la promotion de ses activités.

----- ATTESTATION -----

Je soussigné, avoir fait contrôler par un médecin mon aptitude à pratiquer une activité sportive, prendre régulièrement toute précaution nécessaire pour ma santé et ne pourrai mettre en cause la responsabilité du NOS Remise En Forme.

Date et lieu :

Signature :

BULLETIN D'ADHESION

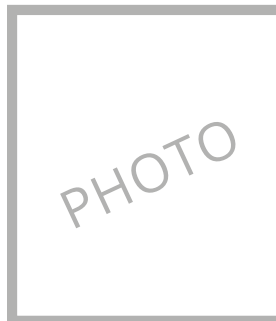


Première inscription

1 an - Adhésion 155 €

Renouvellement

145 €+ 10 € adhésion NOS



NOM : _____

Prénom : _____

Homme

Femme

Né.e le : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Mail (en majuscules SVP) : _____

(pour recevoir les actualités, changements d'horaires, périodes de fermeture...)

Votre inscription sera effective lorsque nous serons en possession des éléments suivants :

- Fiche d'inscription
- Un chèque du montant de votre adhésion à l'ordre du NOS REMISE EN FORME
- Une photo

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image,

j'accepte je refuse

que les photos où j'apparais soient utilisées, exploitées et diffusées par le NOS Remise en Forme dans le cadre de la promotion de ses activités.

----- ATTESTATION -----

Je soussigné, avoir fait contrôler par un médecin mon aptitude à pratiquer une activité sportive, prendre régulièrement toute précaution nécessaire pour ma santé et ne pourrai mettre en cause la responsabilité du NOS Remise En Forme.

Date et lieu :

Signature :