



Fiche d'inscription

Saison 2023/2024

NOM: _____

PRÉNOM: _____

Date et lieu de naissance: _____

Adresse: _____

E-mail: _____

Numéro de téléphone: _____

Souhaites-tu éventuellement participer à une compétition? Oui No

Formule choisie (PAIEMENT COMPTANT):

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| Abonnement Classique (732€) | <input type="checkbox"/> | Créneau: _____ |
| Abonnement 1+1 (1287€) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Abonnement Double (1432€) | <input type="checkbox"/> | Mode de Paiement: _____ |
| Abonnement Illimité (1932€) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Carte Exploration 9h (171€) | <input type="checkbox"/> | Carte Addict 30h (480€) <input type="checkbox"/> |
| Carte Passion 21h (357€) | <input type="checkbox"/> | Carte Acro 42h (630€) <input type="checkbox"/> |

Formule choisie (PAIEMENT 3 FOIS):

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--|
| Abonnement Classique (260€ X 3) | <input type="checkbox"/> | Créneau: _____ |
| Abonnement 1+1 (445€ X 3) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Abonnement Double (510€ X 3) | <input type="checkbox"/> | Mode de Paiement: _____ |
| Abonnement Illimité (650€ X 3) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Carte Exploration 9h (57€ X 3) | <input type="checkbox"/> | Carte Addict 30h (160€ X 3) <input type="checkbox"/> |
| Carte Passion 21h (119€ X 3) | <input type="checkbox"/> | Carte Acro 42h (210€ X 3) <input type="checkbox"/> |

Formule choisie (PAIEMENT MENSUEL de septembre 2023 à juin 2024):

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--|
| Abonnement Classique (80€/mois) | <input type="checkbox"/> | Créneau: _____ |
| Abonnement 1+1 (135€/mois) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Abonnement Double (157€/mois) | <input type="checkbox"/> | Payement par VIREMENT |
| Abonnement Illimité (200€/mois) | <input type="checkbox"/> | Carte Acro 42h (64€/mois) <input type="checkbox"/> |

Documents à fournir:

- photocopie pièce d'identité (si paiement par chèque)
- certificat médical

Je déclare avoir pris connaissance des CGV, du règlement intérieur et du planning et les accepter sans réserve

Fait à _____ le __/__/_____

SIGNATURE