

NOM : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Code postal & Ville : _____
 Courriel : _____
 Date de naissance : _____ N° de tél : _____
 Facture: Faire la demande à l'adresse suivante: srbmusculation@aol.com
 N° de carte C.I.E : _____

Pièces à fournir obligatoirement pour votre inscription

Aucun(e) adhérent(e) ne sera admis(e) au cours sans un dossier complet.

- o 1. Feuille d'inscription complétée.
- o 2. Cotisation acquittée par chèque(s) de préférence.
- o 3. Certificat médical.
- o 4. Présentation de la carte avantages jeunes
- o 5. Ancien adhérent : Votre carte d'adhérent. Réédition de la carte (si perte, ou destruction ...) = 5€.
- o 6. Nouvel adhérent : 1 photo d'identité sera prise sur place.

Pièces supplémentaires à fournir pour bénéficiaire du C.I.E des 3 Chênes :

- o 7. Présentation de la carte C.I.E 2018 ou 2019 ou photocopie recto-verso



Tarifs : Faites votre choix

A: FITNESS Salle Sud:

Bénéficiaire CIE	150 €	Extérieur	200 €
Bénéficiaire CIE carte AJ	135 €	Extérieur carte AJ	180 €

B: FITNESS Salle Expo:

Bénéficiaire CIE	105 €	Extérieur	130 €
Bénéficiaire CIE carte AJ	95 €	Extérieur carte AJ	117 €

C: FITNESS Salle Sud + FITNESS Salle Expo:

Bénéficiaire CIE	229 €	Extérieur	297 €
Bénéficiaire CIE carte AJ	206 €	Extérieur carte AJ	267 €

D: Muscu + FITNESS Salle Sud:

Bénéficiaire CIE renouvellement	208 €	Extérieur renouvellement	280 €
Bénéficiaire CIE nouveau	224 €		

E: Muscu + FITNESS Salle Expo:

Bénéficiaire CIE renouvellement	172 €	Extérieur renouvellement	264 €
Bénéficiaire CIE nouveau	188 €		

F: Muscu + FITNESS Salle Sud + FITNESS Salle Expo:

Bénéficiaire CIE renouvellement	292 €	Extérieur renouvellement	424 €
Bénéficiaire CIE nouveau	308 €		

Chèque(s) libellé(s) à l'ordre de SRB MUSCULATION-FITNESS daté(s) du jour de l'inscription.

Vous avez la possibilité de régler en 2 ou 3 chèques maximum (le premier chèque sera débité immédiatement)

- 1^{er} Chèque N° _____ Montant : _____ Echéance à l'inscription.
- 2^e Chèque N° _____ Montant : _____ Echéance : _____
- 3^e Chèque N° _____ Montant : _____ Echéance : _____

Je soussigné(e) : Nom : _____ Prénom : _____
 avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date

Signature

Signature du mineur et du représentant légal

**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e) _____

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour:

Mr/Mme _____

né(e) le _____

et n' avoir pas décelé de contre-indication à la pratique des sports suivants:

musculation, fitness.

Fait pour servir et valoir ce que de droit

A _____ le _____

Signature et cachet du médecin