

# SRB Musculation-Fitness Club 2018-2019

www.srb-musculation.fr



## L'adhésion Musculation SAISON 2018-2019

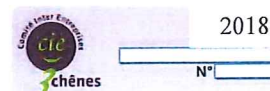
Etes-vous déjà adhérent à une autre section SRB pour la saison 2018-2019, si oui laquelle : .....

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... Code postal & Ville : .....  
 Date de naissance : .....  
 Courriel : ..... @ .....  
 N° de tél : .....  
 N° de carte C.I.E : ..... Société : .....

Facture : Faire la demande à l'adresse suivante : [srbmusculation@aol.com](mailto:srbmusculation@aol.com)

### Pièces à fournir obligatoirement pour votre inscription

- o 1. Feuille d'inscription complétée.
- o 2. Cotisation acquittée par chèque(s) de préférence.
- o 3. Certificat médical.
- o 4. Votre carte d'adhérent. Réédition de la carte (si perte, ou destruction ...) = 15€.



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

- o 5. Présentation de la carte C.I.E 2018 ou 2019 ou photocopie resto-verso



**Tarifs :** (entourez votre choix)

	<u>Musculation</u>	<u>Musculation &amp; Fitness</u>
Bénéficiaire C.I.E (déjà adhérent)	↓ 110 €	
Couple bénéficiaire C.I.E (déjà adhérents)	210 €	
Extérieur (déjà adhérent)	200 €	
Couple extérieur (déjà adhérents)	380 €	
Bénéficiaire C.I.E (nouvel adhérent)	115€ + 15€ = 130 €	
Couple bénéficiaire C.I.E (nouveaux adhérents)	210 € + 30€ = 240 €	
Licence pour Aviron Indoor		= 15,40 €

[Voir tarifs abonnement Fitness](#)

**TOTAL :**

**Chèque(s) libellé(s) à l'ordre du 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).

- Chèque N°	Montant :	Echéance à l'inscription :
- Chèque N°	Montant :	Echéance :
- Chèque N°	Montant :	Echéance :

Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénom : .....

avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter dans sa totalité. Dans le cas contraire, je me verrai momentanément ou définitivement interdit d'accès à la salle. La cotisation restant évidemment acquise à la section SRB MUSCULATION FITNESS.

Date

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom

Prénom

Né(e) le :

/

/

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport

Fait le

à

Signature et cachet du médecin