

Bulletin d'Adhésion



VOTRE IDENTITE

☐ Mr ☐ Mme Nom : Prénom :

Année de Naissance : Service :

Téléphone (bureau) :

Adresse e-Mail (professionnel) :

Date début d'inscription :

Statut

☐ CADRE

☐ ETAM

VOS CONDITIONS D'ADHESION

RAPPEL : La pratique des activités physiques et sportives est source de santé et de bien être. Cependant, elle n'est pas exempte de risques. C'est pourquoi nous vous rappelons l'obligation de nous fournir un certificat médical d'aptitude préalable à votre adhésion, puis chaque année à la date anniversaire de votre adhésion.

CERTIFICAT MEDICAL ** OBLIGATOIRE (- de 3 mois)

***Mentionnant la pratique des activités sportives en salle de fitness et cardio-musculation.*

Je soussigné(e) : déclare avoir pris connaissance, avant signature, des informations portées sur ce document ainsi que du règlement intérieur porté au verso et régissant l'Espace Forme. Je déclare y adhérer sans restriction, ni réserve.

Date : Signature :