

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Coordonnées postales :

Numéro et Rue : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse email (en MAJUSCULE) : _____

N° de téléphone : _____

Activité(s) choisi(e)s :

- Tai-Chi – (Débutants) – Le Vendredi de 18h00 à 19h15 – Certificat médical à fournir 135 € par an
- Tai-Chi – (Confirmés) – Le Lundi de 18h00 à 19h30 – Certificat médical à fournir 135 € par an
- Yoga – Le Mercredi de 10h00 à 11h30 – Certificat médical à fournir 135 € par an
- Yoga – Le Jeudi de 09h30 à 11h00 – Certificat médical à fournir 135 € par an
- Qi-Gong / Chi Gong – Le Samedi de 10h00 à 11h00 – Certificat médical à fournir 135 € par an

En adhérant à l'association, j'accepte que mes coordonnées soient utilisées uniquement afin de recevoir l'ensemble des informations liées à l'association par email, par SMS

Je verse 10 € pour devenir membre de l'association CCN (obligatoire pour toute participation à une activité)

J'ai déjà versé 10 € sur une autre activité ; précisez : Danse Théâtre Cinéma

Je bénéficie d'une réduction de 10 € car je suis en couple avec _____

Je bénéficie d'une réduction de 10 € x _____ car je pratique _____ autre(s) activité(s)

Si ces activités ne figurent pas sur cette feuille ; précisez : Danse Théâtre Cinéma

Je verse _____ € (_____ + _____ - _____ - _____)
pour m'inscrire dans l'(ou les) activité(s) sélectionnée(s)

Mode de paiement :

- par chèque à l'ordre de l'Association CCN
(précisez le nombre de chèques : un - deux - trois)
- en espèces

Fait à _____, le _____

Vous pouvez envoyer ce formulaire par mail à contact@assoccn.com (dans ce cas, le règlement se fera à la rentrée) ou le déposer (accompagné de son règlement) dans la boîte aux lettres de CCN à l'entrée du bâtiment.