



# TICKET SEANCE

## ESPACE RESERVÉ AU CLUB

- CHEQUE(-S) =
- ESPECES =
- Pass Jeunes 54 =
- CARTE BANCAIRE =
- CHEQUES VACANCES =
- COUPONS SPORT =

Photo  
(Ou par mail à  
l'adresse  
Punch54000@  
gmail.com)

BOXE ANGLAISE		JUDO	
BOXE FRANCAISE		TAEKWONDO	
KICK BOXING		SELF DEFENSE	
BOXE THAILLANDAISE		AIKIDO	
PANCRACE - MMA		FITNESS	
MUSCULATION			

## TARIFS :

<b>SEANCE</b>
<input type="checkbox"/> 20,00€ adhésion
<input type="checkbox"/> 5,00 € par séance

<b>CERTIFICAT MEDICAL</b>
DONNE LE : ..... / ..... / .....

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....  Féminin  Masculin

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Email (IMPORTANT), en majuscule : .....@.....

## CLAUSES :

- Les personnes ne disposant pas d'un certificat médical ne seront pas acceptées dans la salle de sports.
- Le club se réserve le droit de refuser l'accès aux cours si le pratiquant n'est pas à jour du règlement de sa cotisation et/ou de sa licence.
- **J'autorise l'utilisation individuelle de mon image et/ou de mon enfant sur les outils multimédias (Rayer en cas de refus).**

Je déclare accepter que les informations portées sur la fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 06/01/98 (art 26 et 27) me donne un droit d'accès et de rectification, et que ces informations ne peuvent faire l'objet d'une cession.

Fait à

Le

Signature

**CERTIFICAT MEDICAL dans le passeport sportif**

(Entourez la mention utile)

**OUI**

**NON**

(Si oui, il faut une photocopie du passeport sportif à l'inscription)

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mr / Mme .....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la GYM DOUCE en club et en compétition.

A ....., le ..... / ..... / .....

(Signature et cachet)

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je soussigné·e M. ou Mme .....

Autorise mon enfant(-s) à pratiquer la Gym Douce en Club et en compétition et m'engage à prévenir le professeur en cas d'absence ou de cessation d'activité.

A ....., le ..... / ..... / .....

(Signature)