



# Contrat d'inscription

Date : .... / .... / .....

Signature :

Je soussigné(e)  Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Profession : .....

Tél. : .....

Email : .....

Adresse : .....  
.....

certifie souscrire ce jour un abonnement personnel à :

Pilates-Touch 9 place Sainte Jehanne de France  
Quartier Ganet 47520 Le Passage d'Agen

Pour les activités suivantes (cochez la case)

- |                                   |   |   |                                 |                                      |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fitness  | <input type="checkbox"/> F.A.C.             | <input type="checkbox"/> R.M.                 | <input type="checkbox"/> Fit Ex | <input type="checkbox"/> Step        |
| <input type="checkbox"/> Pilates  | <input type="checkbox"/> Pilates Découverte | <input type="checkbox"/> Pilates tous niveaux | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
|                                   | <input type="checkbox"/> Pilates (1)        | <input type="checkbox"/> Pilates (2)          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> Pilates (3) |
|                                   | <input type="checkbox"/> Pilates Seniors    | <input type="checkbox"/> Pilates Hommes       |                                 | <input type="checkbox"/> Pilates Duo |
| <input type="checkbox"/> Coaching | <input type="checkbox"/> Rose Pilates       | <input type="checkbox"/> Reformer             |                                 |                                      |

Comment avez-vous connu Pilates-Touch 9 (cochez la case)

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> un ami(e) | <input type="checkbox"/> la presse       | <input type="checkbox"/> commerçant               |
| <input type="checkbox"/> internet  | <input type="checkbox"/> médecin ou kiné | <input type="checkbox"/> passé(e) devant la porte |
| <input type="checkbox"/> autres    |  |   |

Merci de fournir au coach, tous les ans, un certificat de non contre-indication médical.