



# Contrat d'inscription

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

Je soussigné(e)  Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : .....

Prénom(s) : .....

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)

Fitness

F.A.C.

R.M.

Pilates

Pilates tous niveaux

Pilates (1)

Pilates (2)

Pilates (3)

Pilates Seniors

Pilates Hommes

Pilates Duo

Rose Pilates

Coaching

Reformer

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

un ami(e)

la presse

commerçant

internet

médecin ou kiné

passé(e) devant la porte

autres

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

Signature :