



Across The Move



Contact: Nicolas ZARNIAK
Mobile : 06.22.92.88.79
Mail: contact@acrossthemove.fr
Site web: <http://acrossthemove.fr>
@ATM.yoseikan
@ATM.Mulhouse
Instagram: @across_the_move

FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2020/2021

TARIFS	
<input type="checkbox"/> ADHESION ATM	20 €
<input type="checkbox"/> À LA SEANCE	10 €
<input type="checkbox"/> CARTE DE 10 SEANCES (valable 3 mois)	80 €
<input type="checkbox"/> CARTE DE 20 SEANCES (valable 6 mois)	150 €
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT 12 MOIS AVEC ENGAGEMENT	40 €
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT 3 MOIS AVEC ENGAGEMENT	45 €
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT 1 MOIS SANS ENGAGEMENT	50 €
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT ETUDIANT	40 €
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT SENIOR	40 €

ADHERENT	
<input type="checkbox"/> 1ERE INSCRIPTION - DATE :	<input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT - DATE :
NOM _____	PRENOM _____
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	VILLE _____
DATE DE NAISSANCE _____	
E-MAIL _____	
TEL FIXE _____	PORTABLE _____

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT	
NOM _____	TEL _____
MEDECIN TRAIT. _____	TEL _____

Acceptation de l'offre :

- Je reconnais que la présente inscription est soumise aux « conditions générales de vente ».
- J'accepte qu'aucun remboursement ne sera effectué après la période d'essai (1 séance) sauf pour raison médicale (certificat à fournir).
- J'accepte cette offre et reconnais être en possession d'un exemplaire et certifie l'exactitude des renseignements que j'ai donnés.
- Je m'engage à fournir un certificat médical de moins de 15 jours et dans un délai de 15 jours suivants mon adhésion. Si je ne fournis pas ce certificat médical, je décharge Across The Move et l'entreprise de Nicolas Zarniak de toutes responsabilités quant aux problèmes physiques pouvant survenir et me concernant.
- J'autorise / je n'autorise pas la prise de photographies ou films afin de promouvoir la salle (rayer la mention inutile).

Règlement en espèces, par chèque ou virement à Nicolas Zarniak.

Fait à Mulhouse, le _____ en deux exemplaires, l'adhérent reconnaît en avoir reçu un.

Signature de l'adhérent ou responsable légal, avec mention « Lu et approuvé »

RIB :

Banque Guichet N° compte Clé
10278 03900 00020436702 61

Domiciliation
CME 68 MULHOUSE

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8039 0000 0204 3670 261

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

PIECE À FOURNIR À L'INSCRIPTION: CERTIFICAT MEDICAL

Partie réservée au médecin ou joindre un certificat médical

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné : M /Mme _____

Né(e) le _____

N'avoir constaté à ce jour de contre-indication à la pratique sportive.

Fait à _____ . Le _____

Cachet et signature :