

IMAGYM

29 rue Henri Barbusse
69100 Villeurbanne
Tel : 04 78 84 57 43
Port : 06 85 07 23 45

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Mail :

TELEPHONE :

DATE DE NAISSANCE / PROFESSION / PROBLEMES DE SANTE.

Veillez compléter le tableau ci dessous, en cochant les cases correspondantes au type d'abonnement pris :

ABONNEMENT	TYPE	JOURS ET HEURES	JOURS ET HEURES
Mensuel d'essai	Trimestre	Lundi	Vendredi
1 cours semaine	Semestre	Mardi	Samedi
2 cours semaine	Année	Mercredi	
A volonté		Jeudi	
Privilège Report			
Autres			

Règlement :

VALIDITE :

DU	AU	
DU	AU	
DU	AU	
DU	AU	
Certificat médical	Présenté le	Non présenté

Le certificat médical de non contre indication à la pratique des activités sportives est théoriquement obligatoire. Imagym décline toutes responsabilités en cas de non présentation de ce dernier.

Je soussigné(e) Mr ou Mme, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et du présent contrat.

Fait à Villeurbanne, le

N° SIRET: 423 500 610 00013

Signature

Activités sportives :

Fréquence

Délai d'inactivité

Pathologies :

Articulaires

Musculaires

Cardiaques

Maladies

Objectifs et motivations :

Activités suivies

Abonnement :

1^{er} abonnement

Renouvellement de l'abonnement

Ancien abonné(e)

Connaissance du club :

Bouche à oreille

Espace information Villeurbanne

Pages jaunes

Internet

Panneaux de rue

Boîtes aux lettres