

CANY BODY FORM

SAISON 2023 / 2024

CERTIFICAT MÉDICAL

PRÉALABLE à la pratique du sport

Je soussigné (e), Docteur

Certifie avoir examiné

Mr / Mme / Melle.....

Agé (e) deAns

et n'avoir constaté, à la date de ce jour,
aucune contre indication apparente, à la pratique de la musculation
et de la remise en forme en salle.

A..... le

Signature / Tampon

Adhérent CANY BODY FORM

Photo

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

CP.....VILLE.....

Profession

Téléphone

Mail.....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, et
m'engage à le respecter.

CANY BARVILLE Le
Signature

Adhérent N°

**SAISON
2023/2024**

N° CARTE

<input type="checkbox"/> FORMULE BODY FORM	€
<input type="checkbox"/> ⇒ Semaine (s) ⇒ Mois Valable jusqu'au ⇒	€
<input type="checkbox"/> Carte attribuée ⇒ Caution 20 € * Carte échangée <input type="checkbox"/>	€
<input type="checkbox"/> DUO avec N° NOM	TOTAL
	€

RÈGLEMENT ⇨ Chèque (s) nb Espèces

Cotisation prise par