



9 allée Nicolas Copernic les Blâches 26700 PIERRELATTE  
TEL : 06.95.56.74.66  
MAIL : [topforme26@gmail.com](mailto:topforme26@gmail.com)  
SIRET : 80368053700013

DATE D'INSCRIPTION : ..... / ..... / ..... (OBLIGATOIRE)

NOM ET PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

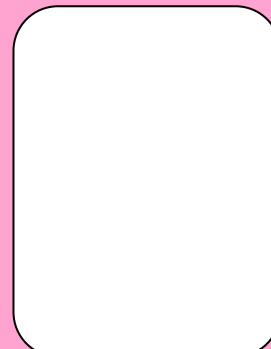
.....

PORTABLE : .....

MAIL (écriture lisible) : .....

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT : .....

.....



### MODALITÉS DE REGLEMENT

ESPECES (PAIEMENT 1 FOIS)

CHEQUE :       1 FOIS (Sept)     2 FOIS (Oct)     3 FOIS (Nov)

DROIT A L'IMAGE (photos, vidéos Facebook et presse) :       OUI       NON

### DOCUMENTS A FOURNIR IMPERATIVEMENT DANS LE 1<sup>ER</sup> MOIS D'INSCRIPTION :

- Une photo d'identité OBLIGATOIRE pour toute NOUVELLE inscription
- 1 grande enveloppe (23 x 16 cm) affranchie à 2 timbres à votre adresse
- Règlement intérieur signé
- Certificat médical obligatoire (valable 3ans)

### PAS DE REMBOURSEMENT

MERCI DE NOUS SPECIFIER TOUT PROBLEME DE SANTE (données confidentielles)

.....  
.....  
.....