

NOM :

Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

CP:Ville :

Tél.portable:

Email:

Je soussigné(e) (nom & prénom)

➤ M'inscris, inscris mon enfant pour un cycle de 10 séances comprises entre le 23 mars et 26 juin 2017:

- ADULTES 105€
- JEUNES 11-14 ans 100€
- JEUNES 8-10 ans 90€
- MINI BEACH TENNIS 4-5 / 6-7 ans 85€

➤ Jours & horaires jeudi

 lundi 17h **4-5 / 6-7 ans** mercredi 16h **8-10 ans / 11-14 ans****NIVEAU**

- débutant
- + d'un an de beach tennis
- + de 3 ans de beach tennis

- mardi 17h
- mercredi 17h
- jeudi 17h
- vendredi 17h
- samedi 9h

ADULTES

En fonction de la demande il est possible d'ouvrir de nouveaux créneaux horaires

➤ Atteste être en possession d'un certificat médical, datant de moins d'un an de non contre-indication à la pratique du beach tennis.

MONTANT:€A régler au moment de l'inscription en espèces ou par chèque à l'ordre de Ken WOLFF.

Date:

Signature du membre (ou pour mineur de son représentant légal)

**Certificat de non contre-indication
à la pratique du beach tennis.**

Je soussigné (e) : _____

Docteur en médecine, demeurant : _____

Certifie avoir examiné : _____

Né (e) le : _____

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du beach tennis (y compris en compétition) .

Fait à _____

Le _____

Cachet et signature du médecin