

M.  Mme  Mlle

Nom..... Prénom..... Date de naissance .....

Nom/Prénom du responsable légal .....

Adresse.....

Code postal ..... Ville.....

N° fixe ..... N° portable .....

E-mail ..... @.....

### Activités pratiquées:

Cocher les cours que vous souhaitez pratiquer :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilate         | <input type="checkbox"/> Circuit training 19h30   | <input type="checkbox"/> Circuit training 20h30    |
| <input type="checkbox"/> Baby gym       | <input type="checkbox"/> Circuit training 20h30   | <input type="checkbox"/> Gym hypopressive débutant |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie    | <input type="checkbox"/> Randonnée                |  |
| <input type="checkbox"/> Danse de salon | <input type="checkbox"/> Salsa cubaine et bachata |  |

### Cotisation

CARTE (obligatoire) : 10 € par famille (vivant sous le même toit)

#### REDUCTION

A partir du 2ème cours par personne ou par famille (vivant sous le même toit)

Les réductions seront appliquées sur le tarif le moins cher.

Les réductions ne sont pas cumulables

2ème cours : - 10 %

3ème cours : - 15 %

4ème cours : - 20 %

Vous bénéficiez de la réduction : oui

*Si un membre de votre famille pratique une activité merci de préciser son nom et le lien de parenté :*

.....

### Montant à payer

Activité 1 ..... €

Activité 2 ..... €

Activité 3 ..... €

Activité 4 ..... €

Carte adhérent : ..... €

Réduction appliqué : ..... % sur activité ...

**Total du montant à payer :** ..... €

### Mode de paiement

Chèque (à l'ordre de la MJC de St Affrique les Montagnes)

Chèque vacances ANCV

Espèce

Paiement en 3 fois

### Autorisation parentale (-18 ans)

Je soussigné (e) ....., autorise mon enfant.....

à pratiquer une activité au sein de la MJC. En cas d'accident, j'autorise les responsables de l'association à faire transférer mon enfant dans le centre hospitalier le plus proche.

Signature et « lu et approuvé »