

# CONTRAT D'ADHESION

## TAMPON POLFORM

Adhésion effectuée par Vendeur :

Nom, prénom

Signature



Le meilleur du fitness, danse & loisirs

Retrouvez toutes nos infos sur [polform-espacedd.com](http://polform-espacedd.com)

Retrouvez tous nos événements sur [caraibepass.com](http://caraibepass.com)

Email : [polform972@gmail.com](mailto:polform972@gmail.com) Facebook : PolForm Sport

0596 60 47 98 - 0696 23 81 04 - 0696 84 98 58

Siret 753 900 695 00010

PHOTO  
OBLIGATOIRE  
Pour démarrer la  
saison

# STAGE DE \_\_\_\_\_

<b>ENFANT</b> Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> nscrit / / 2 <sup>ème</sup> / / 3 <sup>ème</sup> / /	NOM.....
	PRENOM.....
	Date de naissance..... Age .....
	Lieu de naissance.....Ancienneté.....

PARENTS	ADRESSE	TELEPHONE
<b>MÈRE</b> Nom .....		Dom.....
Prénom.....		Gsm.....
Profession.....		Bur.....
Lieu de travail : Entité .....		Commune.....
E mail : .....		
<b>PÈRE</b> Nom .....		Dom.....
Prénom.....		Gsm.....
Profession.....		Bur.....
Lieu de travail : Entité .....		Commune.....
E mail : .....		

MES PRÉSENCES								PIECES FOURNIES			
En journée	Dates SA	Dates SB	Dates SC	En ½ journée	Dates S1	Dates S2	Dates S3	<input type="checkbox"/> 1 photo <input type="checkbox"/> Autorisation parentale <input type="checkbox"/> Att. d'Assurance Extra scolaire <input type="checkbox"/> Photo. pièce d'identité de l'enf.			
Lundi JOURNÉE				Lundi ½JOURNÉE							
Mardi JOURNÉE				Mardi ½JOURNÉE							
Mercredi JOURNÉE				Mercredi ½JOURNÉE							
Jeudi JOURNÉE				Jeudi ½JOURNÉE							
Vendredi JOURNÉE				Vendredi ½JOURNÉE							

TARIFS	
1 journée	50
Semaine A (3jours)	115
Semaine B	180
Semaine C	180
Forfait 2 semaines	295
Forfait 3 semaines	405
Ces tarifs comprennent les activités, les repas ainsi que les collations	

N-B Nous appliquons des tarifs forfaitaires, par conséquent, pour une 1/2 journée, avec ou sans repas, nous appliquons le tarif de la journée et pour moins de 5 jours nous appliquons le tarif de la journée multipliée par le nombre de jours choisis

N-B Le programme 2 sera ouvert en fonction du nombre de participants

Date	Somme versée	Mode paiement			Nom de l'Banque	Numéro du Chèque	A verser le		Somme due	Signature
		ESP	CB	Caraibepass			Date et Jour	mois		
							<input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30			
							<input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30			

Je soussigné(e) M. Mme \_\_\_\_\_

certifie avoir lu et approuvé

Signature