



Association Socioculturelle de Fauconnières

Siège : Maison des associations de Fauconnières (le Chalet) - rue Marcel Pagnol

Association Loi 1901- Préfecture W263002496

<https://asffauconnieres.wixsite.com/fauconnieres>

Saison 2025-2026

INSCRIPTION à l'ACTIVITÉ : Tarif :€

Jour : Heure :

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Age : Ans

Nom des Responsables Légaux :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél 1 : Tél 2 : Mail : @.....

• Condition d'inscription

- L'adhésion et la cotisation sont obligatoires à l'inscription. Si le cours ne vous intéresse pas suite au cours d'essai, **l'adhésion ne vous sera pas remboursée**.
- 32 Séances pour toutes les activités, sauf Dessin - arts plastiques qui sont de 30 Séances
- **1 cours d'essai sera autorisé jusqu'à fin septembre**
- L'activité sera maintenue sous réserve du nombre d'inscrits. Il n'y a pas de cours pendant les vacances scolaires
- Le règlement sera encaissé au mois de Octobre.
- Le paiement différé est accepté sur trois mois « Octobre, Novembre, Décembre »
- Le certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité est obligatoire « valide 3 Ans » pour: ZUMBA - BODY FORM – MUSCULATION – ACRO GYM – GYM BABY – AERO BODY STEP

Le droit d'accès et de modification des données vous concernant dans notre fichier informatisé peut s'exercer auprès de l'ASF. Ces données sont réservées à l'usage exclusif de la gestion de l'ASF

☐ Je reconnais avoir lu les conditions d'inscription

☐ Je veux une Attestation de règlement. « Elle vous sera remise, dès que possible »

☐ Je fais un cours d'essai, l'adhésion ne me sera pas remboursée si je décide de ne pas continuer.

Adhésion : ☐ 7 € pour les pers de la commune - ☐ 10 € pour les pers externes. J'ai une adhésion prise à :

Je soussigné M, Mme avoir remis : La somme total de. €

Date :

Signature :

Réservé à ASF

- Chèque (s) au nom de

Nbre un de € un de € un de € à l'ordre de ASF

Si paiement différé, mettre la date au dos du chèque - 1^{ER} Chèque encaisser en Octobre

- Chèques vacances (ANCV) au Nom de :

Nbre..... de..... € Nbre... ..de€ Nbre..... de.....€ (Tampon ASF)

- Espèces€

CB.....€