



## FICHE INSCRIPTION - Danse Country SAISON 2018-2019

Mr  Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Émail : .....

Adresse: .....

Téléphone fixe : .....  Téléphone portable : .....

Je m'inscris au cours : .....

Horaires	Lundi	Mardi
19h30 / 20h45	Niveau NOVICE plus	
20h45 / 22h00	Niveau INTERMÉDIAIRE	
19h30 / 20h30		Niveau NOVICE
20h30 / 21h30		Niveau DÉBUTANT

TARIF (adhésion comprise)	Individuel	Couple ** (Mr-Mme)
1 cours par semaine	*Tous niveaux Nouveau membre 120 €	*Tous niveaux Nouveaux membres 200 €
1 cours par semaine	Tous niveaux déjà membre 140 €	Tous niveaux déjà membre 230 €
2 cours par semaine	185 €	340 €
Cours supplémentaire : 45€ -- 2 cours supp : 90€ etc....		
Couple composé d'un partenaire Nouveau membre et d'un partenaire déjà membre : 200€ pour 1 cours chacun		
Enfant (à partir de 12ans) : 80€ pour 1 cours		Étudiant (- 25 ans et sur justificatif) : 90€ pour 1 cours
Inscris aux cours de Corinne ou Martine dans un autre club !! 50% du tarif « déjà membre » sur l'ensemble des cours		

(\*) Est considéré comme Nouveau membre : Première inscription aux Talons Noirs « Promotion saison 2018-2019 »

(\*\*) Est considéré comme Couple : Marié, Conjoint, Pacs, ... vivant à la même adresse postale.

**L'inscription sera définitive lorsque le dossier sera complet avec les pièces à fournir à l'inscription :**

- La présente fiche remplie, datée et signée + 1 photo d'identité (OBLIGATOIRE) sauf si réinscription
- 1 certificat médical de moins de 3 mois, d'aptitude à la pratique de danse country
- Le règlement de la cotisation et adhésion (règlement possible en 3 fois : 15/10/2018 - 15/11/2018 - 15/12/2018, Joindre vos trois chèques postdatés avec le dossier)

Je soussigné(e) Mr, Mme, ....., déclare par la présente avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur de l'Association "LES TALONS NOIRS", et m'engage à le respecter.

En cas d'accident, j'autorise l'association "Les Talons Noirs" à prendre toutes dispositions nécessaires en vue de mon évacuation ou celle de mon enfant mineur dans un établissement médical. OUI NON

Personne à contacter en cas de problème : ..... Téléphone : .....

Souhaitez-vous une facture acquittée (Comité d'Entreprise par exemple) ? OUI NON

Date Signature

