



LES TALONS NOIRS

Country Dance

www.lestalonsnoirs.fr

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