

Séance du SAMEDI

- 9h : 2-3ans
- 9h45 : 3-4 ans
- 11h : 4-5 ans

COORDONNÉES DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

ADRESSE :

□ □ □ □ □ □

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

MAIL : _____ @ _____ . _____

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

TARIFS

	COPAMO	TOUT PUBLIC
Demi-saison	<input type="checkbox"/> 160 €	<input type="checkbox"/> 222 €

RÈGLEMENT

- CHÈQUE
- ANCV
- CARTE BANCAIRE
- ESPÈCES
- AVOIR
- COUPON SPORT

- Obligation de fournir un certificat médical de vaccination de l'enfant
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur, du POSS, du règlement tarifaire de service et en accepte les conditions.
- J'accepte que le Centre Aquatique utilise mes données personnelles (téléphone, email) concernant la vie de mon abonnement
- J'accepte de recevoir des informations commerciales par SMS ou email de la part du Centre Aquatique durant la vie de mon abonnement

DATE ET SIGNATURE :