

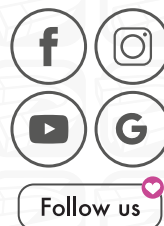
BULLETIN D'INSCRIPTION COURS PARTICULIERS

Imprimez ce bulletin d'inscription, remplissez le soigneusement,
puis envoyez le accompagné d'un chèque d'arrhes à l'ordre de Magnet Surf à :

18 Boulevard Pralognan la Vanoise 29160 Crozon

📞 Réservations et informations
06 76 23 88 72

www.magnetsurf.com
contact@magnetsurf.com



INFORMATIONS PERSONELLES

Nom : Prénom : Age :
Adresse : Code postal :
Ville :
Téléphone : E-mail en majuscule :

FORMULE CHOISIE

		Matin	Après-midi
1 personne	40 €/H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 personnes	50 €/H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 personnes	60 €/H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre d'heureH Horaire souhaitéH.....			

NIVEAUX DE PRATIQUE

Débutant Dérouillé Perfectionné Entraînement

DATES

Du Au
Adresse de départ.....
.....

DÉCHARGE

(pour les majeurs)

Je soussigné
Je soussigné
Je soussigné

certifie que je suis médicalement apte à la pratique sportive. En conséquence, je dégage Magnet Surf School de toute responsabilité en cas d'accident me survenant, ou provoqué par la suite de mon éventuelle inaptitude physique ou médicale ou non respect des consignes du moniteur. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente disponible sur notre site internet : www.magnetsurf.com

Fait à :

Le :

Signatures :

AUTORISATION PARENTALE

(pour les mineurs)

Je soussigné
Autorise
Autorise
Autorise

à suivre les activités décrites par ce bulletin. Je certifie qu'elles, qu'ils sont médicalement apte à la pratique sportive. En conséquence, je dégage Magnet Surf School de toute responsabilité en cas d'accident leur survenant, ou provoqué par la suite de leurs éventuelle inaptitude physique ou médicale ou non respect des consignes du moniteur. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente disponible sur notre site internet : www.magnetsurf.com

Fait à :

Le :

Signature :

ARRHES

- 1 personne x nbr H x 12€ = €
- 2 personnes x nbr H x 15€ = €
- 3 personnes x nbr H x 18€ = €

EN CAS D'ACCIDENT

(Personnes à contacter)

Nom : Prénom :

Tél :

Problèmes médicaux particulier à signaler :

