



ANNEE 2017/2018 RESPIRATION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

E-mail :

Profession :

Tarif des cours et cotisation :

65.00 € l'année.

Règlement par chèque (à l'ordre de FLK Respiration), ou en chèques vacances avant le 31/10/2017.

Joindre **IMPERATIVEMENT** un certificat médical autorisant la pratique.

Je soussigné, reconnaît avoir pris connaissance des conditions d'assurances, statuts, et règlement intérieur et de l'ensemble des garanties associées au contrat d'assurance auquel me donne droit l'inscription de moi-même à la section Respiration du FLK.

Date :

Signature :