

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PILATES DELTA STUDIO



INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM / PRENOM :

Adresse EMAIL :

N° de telephone :

date de naissance : / /

Adresse :

ville :

code postal :

medecin traitant :

ABONNEMENT

☐ 1 COURS / SEMAINE au MOIS	☐ Abonnement ILLIMITÉ au MOIS	☐ SEANCE REFORMER
☐ 1 COURS / SEMAINE au TRIMESTRE	☐ Abonnement ILLIMITÉ au TRIMESTRE	☐ COURS à l'UNITE

FORMULE

☐ STUDIO	☐ VISIO	☐ ENTREPRISE
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Indiquez les jours et horaires de
cours qui vous intéresse.

MODE DE PAIEMENT

☐ ESPECE	☐ CHEQUE	☐ VIREMENT
---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------