

CONTRAT D'ADHÉSION PRÉLUDE

Entre la Sas Prélude et l'adhérent, il a été conclu le contrat suivant :

L'adhérent

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Profession : _____

Adresse : _____ Code postal et ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____ @ _____

Modalités

Début de contrat	Fin de contrat	Activité	Jour	Horaire	Tarif
____/____/____	25/06/2021				

Prérequis

Les absences et les retards répétés sont des motifs de résiliation à l'initiative de Prélude.

Une séance manquée n'est ni remplacée ni remboursée.

L'adhérent confirme avoir souscrit une police d'assurance le couvrant pour les dommages corporels dont il pourrait être victime en cas d'accident ou incident au cours de sa séance.

En cas d'accident, l'adhérent est tenu d'en faire la déclaration dans un délai de 48h.

L'adhérent confirme également qu'il est couvert pour les dommages corporels ou matériels causés par lui-même à autrui.

Certificat médical

Une visite médicale préalable à toute activité sportive est indispensable pour détecter d'éventuelles contre-indications à la pratique du sport.

Prélude demande de consulter un médecin avant toute activité physique, et de lui faire établir un certificat de non contre-indication à la pratique du sport à fournir lors de l'inscription et à renouveler chaque année.

Société exploitante

SAS PRÉLUDE 40 Avenue de la Gare 32700 Lectoure

Site : <http://www.prelude-lectoure.fr>

Email : contact@prelude-lectoure.fr

Téléphone : 09 53 56 49 11

Portable : 06 67 29 09 25

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter sous peine d'exclusion.

J'accepte les conditions générales de vente.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature de l'adhérent précédée de la mention « Lu et approuvé » :

« Lu et approuvé » : _____ Signature : _____

Proposition de certificat médical à faire compléter

CERTIFICAT MÉDICAL À FAIRE COMPLÉTER PAR UN MÉDECIN

Je soussigné(e) : _____ Docteur en médecine,
certifie avoir examiné , Nom : : _____ Prénom : _____
né(e) le : _____ et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre
indiquant la pratique d'une activité de gymnastique préventive.
Date : _____ Signature et cachet du médecin :

Autorisation parentale pour mineur

AUTORISATION PARENTALE A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur) :
demeurant à (adresse complète) :
Téléphone domicile:.....
Portable :.....
Email :.....@.....
autorise mon fils, ma fille :
Nom :Prénom :
Date de naissance :.....
à pratiquer une activité sportive au sein de l'établissement « Prélude », centre de remise en forme à
Lectoure.
En outre, j'accepte :
1) que les responsables de Prélude autorisent en mon nom, une intervention médicale en cas de besoin
 OUI NON
2) un transport en centre d'urgences si nécessaire
 OUI NON
Fait à :, le :

Signature du responsable du mineur :