

BIEN-ÊTRE

Nom :		Prénom :	
Naissance :	/ /	G.S.M. 1 :	/
Sexe :		G.S.M. 2 :	/
Email :			
Etat civil :		Profession :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

Par cette adhésion, j'accepte et je m'engage à respecter les statuts et R.O.I. de Espace Santé Nivelles ASBL

Signature

Mini payé le :	Essai : Date :	Essai : Date :	Essai : Date :
-------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Type d'abo° et paiement :			
Entrée : / /	Assurance :	N° membre :	
Cours 1 :	Cours 2 :	Cours 3 :	
Cours 4 :	Cours 5 :	Marche :	Activité :

BIEN-ÊTRE

Nom :		Prénom :	
Naissance :	/ /	G.S.M. 1 :	/
Sexe :		G.S.M. 2 :	/
Email :			
Etat civil :		Profession :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

Par cette adhésion, j'accepte et je m'engage à respecter les statuts et R.O.I. de Espace Santé Nivelles ASBL

Signature

Mini payé le :	Essai : Date :	Essai : Date :	Essai : Date :
-------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Type d'abo° et paiement :			
Entrée : / /	Assurance :	N° membre :	
Cours 1 :	Cours 2 :	Cours 3 :	
Cours 4 :	Cours 5 :	Marche :	Activité :