



**ASSOCIATION MOUVEMENT INFINI**  
**Bulletin d'inscription**  
**Mouvementinfini.fr**  
[mouvement.infini@gmail.com](mailto:mouvement.infini@gmail.com)  
**Tel 06 76 17 84 71 (en soirée ou weekend)**

**Adhérent**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_ Téléphone (portable de préférence) : \_\_\_\_\_  
Profession (facultatif - information utile en cas de gestes à répétition, fatigue/tensions musculaires, inertie corporelle de longues heures, travail sur écran, etc ...): \_\_\_\_\_

**Cours**

**GYROKINESIS®**

- Lundi 19h30 – 21h00 Lampaul -Plouarzel - au Studio place du Gouerou

**DO-IN**

- Jeudi 19h00 -20h30 Plouarzel - salle de lutte

**Tarifs :**

- **Cours de GYROKINESIS® ou Do-In** inscription annuelle base 30 cours d'1h30 .:

**Année : 190 euros + 15 euros d'adhésion à Mouvement Infini**

Règlement à l'ordre de **Mouvement Infini.-**

- En un versement à l'inscription
- Possibilité paiement échelonné sur l'année en trois chèques effectués à l'inscription (70 (+15) + 60 + 60 ) – Encaissement en début de trimestre.
- Facture et attestation sur demande

**Autorisation de diffusion de l'image**

J'autorise la prise et la diffusion de photos et de vidéos concernant l'adhérent

Oui  Non

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'inscription.

**Aucun remboursement ne sera possible en cours d'année.**

La pratique sportive selon la réglementation 2017, n'impose plus de certificat médical de non contre-indication, aussi je soussigné(e) avoir complété le questionnaire de santé en vigueur (joint au présent bulletin d'inscription) et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du **GYROKINESIS® ou DO-IN** (ou Gymnastique). Dans le cas contraire, je m'engage à demander un certificat médical auprès de mon médecin traitant.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

