

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2023

Téléchargez, complétez et enregistrez ce formulaire remplissable avant de le retourner à info@twenty-nine.com

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom : Né.e le :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Téléphone : Email :

### FORMULE CHOISIE

#### FORMULES :

Formule → 1 x 1h30 45 € (Arrhes 10 €)  
Formule → 1 x 2h00 49 € (Arrhes 10 €)  
Formule → 3 x 1h30 119 € (Arrhes 30 €)  
Formule → 3 x 2h00 129 € (Arrhes 30 €)  
Cours Particulier → 1 x 1h30 120 € (Arrhes 30 €)

#### STAGES :

Stage Semaine → 5 x 1h30 170 € (Arrhes 40 €)  
Stage Semaine → 5 x 2h00 190 € (Arrhes 45 €)  
Stage Plein Temps → 10 x 2h00 350 € (Arrhes 80 €)  
Jardin des Vagues → 5 x 1h30 170 € (Arrhes 40 €)

Dates souhaitées du : au 2023  
Matin Après-midi

#### NIVEAU DE PRATIQUE (Passeport FFS) :

Débutant Première Mousse Vague de Bronze Vague d'Argent Vague d'Or

J'autorise l'ESB à utiliser mon image sur ses supports de communication :

Oui Non

#### RÈGLEMENT DES ARRHES :

Je choisis de régler les arrhes (impératif pour finaliser votre inscription) :

Par chèque à l'ordre de SARL Twentynine  
Par CB (appel au 02 98 58 53 80)  
Par virement (RIB sur demande)

### EN CAS D'ACCIDENT

#### PERSONNES À PRÉVENIR

Nom :  
Prénom :  
Téléphone :  
Problèmes médicaux à signaler :

### DÉCHARGE (Majeurs)

Je, soussigné,

atteste être médicalement apte  
à la pratique sportive.  
En conséquence, je dégage Twentynine/ESB  
La Torche de toute responsabilité  
en cas d'accident me survenant  
ou provoqué par suite de mon éventuelle  
inaptitude physique ou médicale,  
ou non respect des consignes du moniteur.

Fait à :  
Le :  
Signature (Nom & Prénom) :

### AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné,

autorise mon fils ma fille  
à suivre les activités décrites dans  
ce document. J'atteste également qu'il/  
elle est médicalement apte à la pra-  
tique sportive. En conséquence, je dégage  
Twentynine/ESB La Torche de toute respon-  
sabilité en cas d'accident me survenant  
ou provoqué par suite de mon éventuelle  
inaptitude physique ou médicale, ou non  
respect des consignes du moniteur.

Fait à :  
Le :  
Signature (Nom & Prénom) :