



BULLETIN D'ADHESION - SAISON 2024/2025

GYMNASTIQUE

Nom : Prénom:.....

Adresse :

.....

Tél:

Mail :

Date et lieu de naissance :

Personne à prévenir en cas d'accident :Tél:

Nom du médecin traitant : Tél :

Allergies – contre-indications etc :

Somme due	Espèces	
	Chèque	
85€ pour 1 séance 160€ pour 2 séances	Virement	

Choix des cours	«*»
Lundi soir	
Jeudi soir	
Mardi après-midi	
Jeudi après-midi	
Lundi et jeudi soir	
Mardi et jeudi après midi	
Gym sur chaise	

DATE ET SIGNATURE

<*> cocher la case correspondante

Merci de privilégier le jeudi plutôt que le lundi car le cours du lundi est traditionnellement très chargé.

Certificat Médical + 1 photo + votre règlement à fournir lors de l'inscription
(Espèces ou chèque strictement libellé à l'ordre de l'A.B.C.E.V. ou virement)

Crédit Mutuel

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	06139	00020455101	34	EUR

Domiciliation
CME BOBIGNY

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8061 3900 0204 5510 134

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CME BOBIGNY
IMMEUBLE ATRIUM PLAZA
15 RUE MARGUERITE YOURCENAR
93022 BOBIGNY CEDEX
☎01 43 62 18 58

Titulaire du compte (Account Owner)
ASSOCIATION BONDYNOISE DU CENTRE
EDOUARD VAILLANT
45 RUE RENE CHAR
93140 BONDY