

REPRISE DES COURS

mercredi 23, jeudi 24
& samedi 26
septembre 2020



COURS DE GYM À PARTIR DE 2 ANS 1/2

L'Association Collégiale Jima'Gym vous propose des cours de gymnastique pour les enfants, à partir de 2 ans ^{1/2}.

COURS PROPOSÉS*

GROUPE	ÂGE	JOUR	HORAIRE	LIEU	TARIF	PROFESSEUR
Jima'Ptit Loup	2 ans 1/2 à 4 ans	Samedi	11h15 / 12h00	La Palestre	120 €	Alban
Jima'Bougeotte	Moyenne/Grande section		10h00 / 11h00		135 €	
Jima'Active	À partir du CP/CE1	Mercredi	16h30 / 18h00	Gymnase	145 €	Karl
Jima'Jump	À partir du CE2/CM1/CM2	Jeudi	17h00/18h30		145 €	
Jima'Ressort	À partir du Collège/Lycée	Samedi	10h00 / 12h00		190 €	Caroline

* Lors de l'inscription, merci de fournir un certificat médical


MODE DE RÈGLEMENT

- Chèque 1 fois (30/09)
- 2 fois (30/09 • 30/10)
- 3 fois (30/09 • 30/10 • 30/11)
- Espèces
- Chèque ANCV/SPORT
- Bon CAF

CONTACTEZ-NOUS

JIMAGYM72@GMAIL.COM

 CONTACT@JIMAGYM.FR
WWW.JIMAGYM.FR

 16 Avenue Guy Bouriat
72530 YVRÉ L'ÉVÊQUE



NOM
PRENOM

Né(e) le
Groupe

MODE DE PAIEMENT

- CHÈQUE** 1 fois (30/09) **ESPÈCES**
 2 fois (30/09 • 30/10) **CHÈQUE ANCV/SPORT**
 3 fois (30/09 • 30/10 • 30/11) **BON CAF**

COORDONNÉES DE LA MÈRE

NOM MÈRE
ADRESSE
CODE POSTAL COMMUNE
TÉL. EMAIL

COORDONNÉES DU PÈRE

NOM PÈRE
ADRESSE
CODE POSTAL COMMUNE
TÉL. EMAIL

AUTORISATION DE PRISE DE VUES

Je soussigné (e)

- Autorise l'Association à diffuser et à utiliser les photos de mon enfant pour promouvoir ou les utiliser pour l'association (plaquette, site internet, etc ...)
 N'autorise pas l'Association à diffuser et à utiliser les photos de mon enfant pour promouvoir ou les utiliser pour l'association

Fait à , le

SIGNATURE (avec la mention « Lu et approuvé »)

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Je soussigné (e)

- Autorise le responsable du groupe à prendre, en cas d'urgence toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé l'enfant

En cas d'hospitalisation, je souhaite que mon enfant soit transporté si cela le permet, suivant la décision des autorités compétentes : Centre Hospitalier du Mans Pôle Santé Sud

Certificat médical fourni le

Fait à , le

SIGNATURE (avec la mention « Lu et approuvé »)