

## INSCRIPTION

Functional Health & Fitness - [www.functionalhealth.ca](http://www.functionalhealth.ca) - (Page1/2)

### Renseignements sur le participant

#### Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_  
*Nom de famille* *Prénom* *Initiale -second prénom*

Adresse : \_\_\_\_\_  
*N° et rue* *N° appartement/condo*

\_\_\_\_\_ *Ville* \_\_\_\_\_ *Province* \_\_\_\_\_ *Code postal*

Téléphone résidentiel : ( ) \_\_\_\_\_ Autre : ( ) \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_ Statut civil : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nous accordez-vous la permission de communiquer avec votre médecin ?

\_\_\_\_\_

#### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_  
*Nom de famille* *Prénom* *Initiale -second prénom*

Adresse : \_\_\_\_\_  
*N° et rue* *N° appartement/condo*

\_\_\_\_\_ *Ville* \_\_\_\_\_ *Province* \_\_\_\_\_ *Code postal*

Téléphone principal : ( ) \_\_\_\_\_ Autre : ( ) \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

#### COÛT

Je consens à participer au programme suivant pendant la durée indiquée.

Je conviens d'acheter \_\_\_\_\_ séances, auxquelles je participerai au cours d'une période de \_\_\_ mois à compter de la date des présentes. En paiement de ces séances, j'accepte de verser la somme de \$\_\_\_\_\_ (TPS, n° TPS\_\_\_\_\_).

Remarque : Si le signataire ne participe pas au nombre de séances indiqué ci-dessus ou qu'il n'y participe pas durant la période prescrite ci-dessus, il s'engage à payer, comme convenu, le solde de la somme complète.

N° TPS		TPS	Total
Carte de crédit : Visa/MC :	Exp. /	Paiement : Chèque ___ Comptant ___	

## INSCRIPTION

**Functional Health and Fitness - [www.functionalhealth.ca](http://www.functionalhealth.ca) - (Page 2/2)**

### Consentement relatif à l'utilisation des renseignements personnels

Je comprends que Functional Health & Fitness recueille les renseignements personnels de chacun de ses clients, c'est-à-dire leurs noms, adresses, adresses de courrier électronique, numéros de téléphone, sexe, âge, occupation et date de naissance. Ces renseignements permettent à Functional Health & Fitness d'envoyer des communiqués, d'établir les résultats, de recueillir des données démographiques et d'observer les tendances du marché. Les renseignements relatifs à l'emploi sont recueillis dans le but cibler chez les membres l'expertise et l'expérience susceptibles d'aider Functional Health & Fitness. Functional Health & Fitness demande également certains renseignements médicaux ainsi que les coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence médicale.

**J'accepte qu'on utilise mes renseignements personnels aux fins prescrites ci-dessus. \_\_\_\_\_ (prière d'apposer vos initiales)**

### Acceptation des conditions générales

En contrepartie de l'acceptation de mon adhésion à Functional Health & Fitness, je m'engage à :

1. respecter tous les règlements Functional Health & Fitness ;
2. donner à Functional Health & Fitness un préavis de 24 heures si je dois annuler une séance pour quelque raison que ce soit. Functional Health & Fitness se réserve le droit de me facturer le plein prix si je ne respecte pas cet engagement ;
3. ne travailler avec aucun représentant d'Functional Health & Fitness pendant une période de deux ans suivant la fin de ma relation-client avec Functional Health & Fitness.

Je reconnais en outre :

4. avoir lu attentivement la renonciation ci-jointe et l'avoir signée. Je comprends clairement que cette renonciation constitue un dégageant de responsabilité à l'égard d'Functional Health & Fitness et je reconnais aussi qu'il s'agit d'une renonciation juste et raisonnable étant donné la nature de l'entreprise d'Functional Health & Fitness ;
5. que toutes les sommes payées en vertu du présent contrat sont non remboursables et qu'aucune concession ne pourra être faite pour les séances auxquelles je ne participerai pas et ce, quelle qu'en soit la raison.
6. qu'Functional Health & Fitness pourrait, à sa seule discrétion, prolonger la période prescrite ci-dessus pour me permettre de participer aux séances ratées en raison de circonstances atténuantes .

**J'accepte les conditions énoncées ci-dessus. \_\_\_\_\_ (prière d'apposer vos initiales )**

### Attestation

Je reconnais avoir lu ce contrat d'inscription en entier et l'avoir signé de plein gré.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Témoïn

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Représentant d'Functional Health & Fitness

\_\_\_\_\_  
Témoïn

\_\_\_\_\_  
Date