



Registro do Associado

Matrícula:

Dados do Associado

Nome: _____

Telefone Residencial: () _____ - _____ Telefone Celular: () _____ - _____

Telefone Comercial: () _____ - _____

E-mail: _____

Observação: Para qualquer serviço discriminado abaixo, será cobrado um valor de R\$20,00 de inscrição nova e reatriculação quando for o caso de cancelamento e retorno após trinta dias.

Perfeitamente ciente e de acordo.

Caxias do Sul, ____ de _____ de 20____. _____

Assinatura

Modalidades

- Musculação** (Livre)
- Alongamento** (2x por semana)
- Body Combat** (1x por semana)
- Body Pump** (2x por semana)
- CX Worx** (2x por semana)
- Circuito Funcional** 2x 3x 4x por semana
- GAP** 2x 3x 4x por semana
- HIIT** 2x 3x 4x 5x por semana
- Pilates** 2x 3x 4x 5x por semana
- RPM** 2x 3x 4x 5x por semana
- Zumba** 2x 3x 4x 5x por semana
- Grupo de Corrida**
- Atleta/Competição**

Data de Inscrição: ____/____/____. _____

Assinatura

Autorização de Menor

Autorizo a inscrição do meu filho na modalidade citada acima estando ciente de que o não pagamento até vencimento (dia dez de cada mês), acarreta juros e multa.

Assinatura Pais ou Responsáveis

