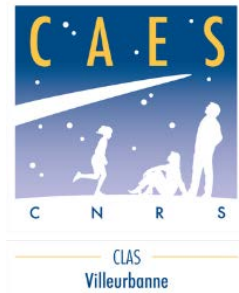




**L'APPART**  
**FITNESS**  
*Saint-Priest*



## Fiche de renseignements Agent

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TELEPHONE :

E-MAIL :

ADRESSE :

FORMULE CHOISIE	<input type="checkbox"/> PASS 10 jours
	<input type="checkbox"/> Abonnement annuel CSE

Signature du collaborateur

Signature / Cachet entreprise

N'oubliez pas de joindre un RIB pour toute demande, même pour le PASS 10 jours