

VIBRATION LATINA

Association Loi 1901

17 rue Jacques Coeur

85000 LA ROCHE SUR YON

Mail : vibrationlatina@gmail.com

Tel : 06 48 48 45 30

N° Siret : 79109079800012

APE : 9499 Z



**VIBRATION
- LATINA -**

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Référence client : NOM :

Prénom :

Détails des activités que vous avez souscrites :

Jour	Horaire du cours	Discipline et niveau

Motifs donnant droit à un remboursement :

- déménagement hors du département ou mutation hors département pour raisons professionnelles (justifié par un nouveau bail ou contrat de travail)
- accident ou maladie grave provoquant une invalidité partielle ou totale (justificatif médical à fournir)
=> votre justificatif doit prouver que vous êtes dans l'incapacité **à vie ou + de 3 ans** de pratiquer nos activités.

Motifs donnant droit à un avoir (report sur la saison suivante) :

- incompatibilité professionnel supérieur à 3 mois (justificatif de votre employeur à fournir)
- maladie ou accident provoquant un arrêt de plus de 3 mois (justificatif médical à fournir)
- grossesse avec contre-indication de sport (justificatif médical à fournir)
- autres : _____

AUCUN REMBOURSEMENT POSSIBLE POUR UN CERTIFICAT MÉDICAL INFÉRIEUR OU ÉGAL À 3 MOIS

À titre d'information, pour calculer le montant de votre remboursement sera appliqué la formule suivante :
Remboursement ou avoir = (Prix payé X 10% par mois restant à la date d'envoi du dossier) - 25€ frais dossier

Tout remboursement ou report d'abonnement sera calculé qu'à partir du jour de réception du dossier complet (tout mois commencé est dû) et avec tous justificatifs nécessaires par courrier recommandé avec accusé de réception (cachet du timbre faisant foi) à l'adresse suivante : « VIBRATION LATINA » chez Mme Delabrière, présidente de l'association, **29 rue des Frères Montgolfier 85190 Venansault**. Les frais de dossier de 25€ restant dû à la structure. Le Club se réserve la possibilité de faire contrôler l'état de santé de l'Abonné(e) par un médecin conseil du club (sous les usages de confidentialité habituelle), en cas de motifs de suppression d'ordre médical.

Fait à _____, le _____