

Tampon du centre



N° de souscription d'assurance :

Date d'inscription :

**ATTESTATION D'INTERRUPTION DE PROGRAMME**

Concerne uniquement l'abonné identifié ci-dessous pour la période d'interruption :

du ..... au .....

Nom : ..... Prénom : .....

Programme (préciser le jour de l'activité)	Nombre de séances consécutives non réalisées	Type d'abonnement	Prix unitaire	Valeur totale

Adresse postale de l'assuré : .....

.....

Mail de l'assuré : .....

L'abonné s'est acquitté de la totalité de la somme demandée pour son abonnement

Oui

Non

Le .....

Signature et tampon