



**PASS  
7 JOURS  
OFFERTS**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_



**INSCRIPTIONS AUX COURS  
À L'ACCUEIL DU CLUB  
OU PAR TÉLÉPHONE  
AU 05 56 18 10 10 (CHOIX 1)  
OU MAIL [SPORT@KAPCARE.FR](mailto:SPORT@KAPCARE.FR)**

**385 AVENUE DE L'ARGONNE  
33700 MÉRIGNAC  
[WWW.KAPCARESPORT.FR](http://WWW.KAPCARESPORT.FR)**