

Numéro de client : _____

**SUSPENSION COMPLÈTE DE L'ABONNEMENT EN RAISON DE LA FERMETURE DES
GYMNASES AU CAPS**

J'accepte que mon abonnement soit suspendu en date du _____ **2024**

Jusqu'au _____ inclusivement.

Je comprends que je devrai me présenter ou téléphoner à la réception du CAPS à mon retour afin de faire réactiver mon abonnement.

Nom du client : _____

Date : _____

Signature du client : _____

Date

Montant total

Vérification