



ZENTRUM FÜR KAMPFKUNST UND GESUNDHEIT  
CENTRE D'ART MARTIAL ET DE SANTE

General-Dufourstrasse / Rue Général-Dufour 102a, 2502 Biel-Bienne  
[admin@zenshin.ch](mailto:admin@zenshin.ch) [www.zenshin.ch](http://www.zenshin.ch) 032 342 46 57



1 Pass-Foto

## Einführungs-Abo / Abo d'initiation

- Karate-Do                       Taiji-Quan / Qi-Gong  
 Kick-Boxing                     Yoga  
 Krav Maga

Kursdauer 3 Monate / Durée des cours 3 mois:

Preis/Prix:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Bonsai</b> bis 7 Jahre / jusqu'à 7 ans (1 Training pro Woche) / (1 entraînement par semaine)  | CHF. 230.- |
| <input type="checkbox"/> <b>Kinder</b> bis 15 Jahre / <b>Enfants</b> jusqu'à 15 ans   | CHF. 290.- |
| <input type="checkbox"/> <b>Jugendliche</b> ab 16 Jahre; Lehrlinge; Studenten; AHV;IV / <b>Adolescents</b> dès 16 ans; Apprentis; Etudiants; AVS (Kopie v. Stud.-Ausweis beilegen/joindre copie carte étudiant) | CHF. 330.- |
| <input type="checkbox"/> <b>Erwachsene / Adultes</b>  | CHF. 360.- |

Familienrabatt ab 2 Personen (im gleichen Haushalt lebend)  
Rabais familial, dès 2 personnes (vivant dans le même ménage)

10%

### Membership



**1 Monat Gratis! Schenken wir** beim Abschluss eines Jahresvertrag.  
**1 mois gratuit! Sera offert** à la conclusion d'un abonnement annuel.

Versicherung ist Sache des Teilnehmers !!! L'assurance est affaire de chaque participant !!!



## Anmeldung / Inscription

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen / Veuillez svp remplir tous les champs et en majuscule !

### Personalien Kursteilnehmer / Données personnelles:

Name / Vorname /  
Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Strasse / Nummer /  
Rue: \_\_\_\_\_ Numéro: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort /  
NP: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Nationalität  M  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_  F

### Gesetzliche Vertretung / Représentant(e) légal(e) :

Name / Vorname /  
Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Strasse / Nummer /  
Rue: \_\_\_\_\_ Numéro: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort /  
NP: \_\_\_\_\_ Lieu: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**Dauer des Einführungsabo / Durée de l'abo d'initiation :**

von – bis  
de – à: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:201\_\_ - \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:201\_\_

Ort, Datum / Lieu, Date:

Unterschrift / Signature:

**Kosten / Coûts :** (Bitte den Betrag in Bar bezahlen / Merci de payer cash)

Bezahlt am / Payé le :	Visum :	Total CHF.
---------------------------	---------	------------