

# S U S P E N S I O N / R E P O R T

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

## M O T I F S :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hors département                                 | <input type="checkbox"/> Raison Personnelle |
| <input type="checkbox"/> Raison Médicale (Certificat médical obligatoire) | <input type="checkbox"/> Autres : _____     |
| <input type="checkbox"/> Congés   |   |

Pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus

Je reconnais avoir pris connaissance :

- Des frais impliqués en cas de demande de suspension (3€ pour 1 semaine, 6€ pour 15 jours et 12€ pour un mois)
- De pouvoir bénéficier de ce report ou de cette suspension pour une période de 5 semaines (non cumulable) maximum par an
- Aucune demande rétroactive ne pourra être traitée
- En cas de contre indication à la pratique sportive, de devoir transmettre votre certificat à l'accueil ou par courriel à info@ekwalis.re sous 48h.
- La demande de suspension/report doit être transmise 1 mois avant celle-ci

**Signature + Date**

-----  
**Cadre réservé au personnel d'EKWALIS**

Date et réception de la demande : \_\_\_\_\_

Nom du Vendeur : \_\_\_\_\_

Demande traitée le : \_\_\_\_\_

