

[Prénom] [NOM]

[Adresse]

[CP & Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Prénom] [NOM]

[Adresse]

[CP & Ville]

Paris, le 01/04/2025

Objet : Demande de résiliation de mon abonnement Keep Cool pour raison médicale

Madame, Monsieur,

Je vous écris afin de solliciter la résiliation de mon abonnement à votre salle de sport Keep Cool pour des raisons médicales. En effet, mon état de santé actuel ne me permet plus de profiter pleinement des installations et services proposés.

Conformément aux conditions générales de vente, je vous transmets les documents médicaux justificatifs attestant de mon incapacité à poursuivre toute activité physique. Je vous saurais gré de bien vouloir prendre en compte ma demande dans les plus brefs délais.

Je vous prie de bien vouloir procéder à la résiliation de mon abonnement à compter de la réception de ce courrier. Je vous remercie également de me confirmer par écrit la prise en compte de ma demande ainsi que la date effective de résiliation.

Je vous serais reconnaissant(e) de me rembourser toute somme perçue au-delà de cette date, conformément à vos conditions générales. À cet effet, je vous joins un relevé d'identité bancaire pour faciliter le remboursement.

Je vous remercie par avance pour votre compréhension et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom] [NOM]

Signature