

Activité(s) Date:
Jour / horaire

ADHERENT(E)

M. Mme Mlle (entourer)

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Tel Port (obligatoire)

WHATS APP ? OUI NON (entourer svp)

E-mail (obligatoire)

Profession des parents de l'adhérent ou de l'adhérent si adulte :

EN CAS D'URGENCE / SANTE

Nom

Prénom

Tel

Certif Médical daté du:

Signes particuliers:

PAIEMENT: Aucun remboursement au cours de l'année (ne pas remplir)

Montant activité

Adhésion 35 euros

Espèces (total en 1 fois)

CB (total en 1 fois)

1^{er} chèque

2^{ème} chèque

3^{ème} chèque

TOTAL

RESTANT DU

autorise n'autorise pas: la diffusion de photographies sur nos réseaux sociaux

J'ai lu et j'approuve le Règlement Intérieur de l'école

Signature de l'adhérent

Activité(s) Date:
Jour et horaire

ADHERENT(E)

M. Mme Mlle (entourer)

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Tel Port (obligatoire)

WHATS APP ? OUI NON (entourer svp)

E-mail (obligatoire)

Profession des parents de l'adhérent ou de l'adh. si adulte :

EN CAS D'URGENCE / SANTE

Prévenir

Santé

Nom

Prénom

Tel

Certif Médical daté du:

Signes particuliers:

PAIEMENT: Aucun remboursement au cours de l'année (ne pas remplir)

Montant activité :

Adhésion 35 euros

Espèces (total en 1 seule fois)

CB (total en 1 fois)

1^{er} chèque

2^{ème} chèque

3^{ème} chèque

TOTAL

RESTANT DU

autorise n'autorise pas: la diffusion de photographies sur nos réseaux sociaux

J'ai lu et j'approuve le Règlement Intérieur de l'école

Signature de l'adhérent (ou responsable légal)