



# ÉCOLE DE SPORT



MERCREDI  
11h00-12h00

Mercredi  
17h00-18h00

Jeudi  
17h00-18h00

NOM :

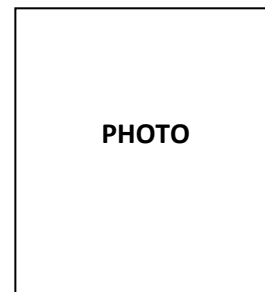
PRENOM :

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge :

Adresse :

CODE POSTAL:

VILLE :



Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Mail :

Certificat médical ou questionnaire de santé

	Chèque <input type="checkbox"/>	Espèce <input type="checkbox"/>	ANCV <input type="checkbox"/>	Carte B. <input type="checkbox"/>
Montant				
Banque			N° chèque	