



ÉCOLE DE SPORT



MERCREDI
11h00-12h00

Mercredi
17h00-18h00

Jeudi
17h00-18h00

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge :

Adresse :

CODE POSTAL:

VILLE :

PHOTO



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	