



MULTISPORTS ADULTES

MERCREDI
19h30-21h00



NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

CP : _____ VILLE : _____

PHOTO



Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____



Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____



Mail :

Certificat médical

Photo

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