

**FAMILLE :** \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tél. portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Facture à fournir : oui  / non  *(écrire très lisiblement)*  
 Droit à l'image : oui  / non

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_  
 date de naissance : \_\_\_\_\_  
 COURS CHOISI : \_\_\_\_\_  
 JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_  
 Certificat Médical joint : oui  / non  TARIFS : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_  
 date de naissance : \_\_\_\_\_  
 COURS CHOISI : \_\_\_\_\_  
 JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_  
 Certificat Médical joint : oui  / non  TARIFS : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_  
 date de naissance : \_\_\_\_\_  
 COURS CHOISI : \_\_\_\_\_  
 JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_  
 Certificat Médical joint : oui  / non  TARIFS : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_  
 date de naissance : \_\_\_\_\_  
 COURS CHOISI : \_\_\_\_\_  
 JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_  
 Certificat Médical joint : oui  / non  TARIFS : \_\_\_\_\_

Total activités :   
 carte AFR (27 €)  
 carte jeune (5 €)  
 -  
 TOTAL A PAYER :

**Mode de règlement et montant :**

chèques : \_\_\_\_\_ € encaissé le \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ € encaissé le \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ € encaissé le \_\_\_\_\_  
 espèces : \_\_\_\_\_ €  
 chèques vacances \_\_\_\_\_ €  
 ou sport \_\_\_\_\_ €

**si carte AFR déjà prise préciser où**  
 .....