

## FICHE D'INSCRIPTION 2026 / 2027

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

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

*(écrire en majuscules très lisiblement)*

Facture à fournir : oui ☐ / non ☐

Droit à l'image : oui ☐ / non ☐

Accepte Conditions vente ☐

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_

COURS CHOISI : \_\_\_\_\_

JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_

Certificat Médical joint : oui ☐ / non ☐ TARIF : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_

COURS CHOISI : \_\_\_\_\_

JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_

Certificat Médical joint : oui ☐ / non ☐ TARIF : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_

COURS CHOISI : \_\_\_\_\_

JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_

Certificat Médical joint : oui ☐ / non ☐ TARIF : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du participant : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_

COURS CHOISI : \_\_\_\_\_

JOUR : \_\_\_\_\_ HORAIRE : \_\_\_\_\_

Certificat Médical joint : oui ☐ / non ☐ TARIF : \_\_\_\_\_

Total activités :

carte famille AFR (27 €)

carte jeune 12/25 ans (5 €)

-

TOTAL A PAYER :

**si carte AFR déjà prise préciser où**

.....

### Mode de règlement et montant :

chèques : \_\_\_\_\_ € encaissé le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € encaissé le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € encaissé le \_\_\_\_\_

espèces : \_\_\_\_\_ €

chèques vacances  
ou sport \_\_\_\_\_ €