

Questionnaire médicale :	Mode de paiement :
--------------------------	--------------------

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SAISON 2024/2025**

**DANCE HALL
Samedi 11h à 12h**

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : _____

Adresse complète : _____

Adresse mail : _____

Téléphone portable : _____

Personne à prévenir : _____ **Téléphone :** _____

Date et signature du responsable* :

*La signature entraîne automatiquement la connaissance et l'acceptation du règlement intérieur de l'association.

**COTISATION SAISON 2024-2025
140 Euros**

Possibilité de règlement en trois fois (octobre, décembre et mars). S'il vous plaît, faites en sorte que les montants de vos chèques soient entiers (sans centimes). Merci.