

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

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024/2025

**Hip Hop**  
**Samedi 10h à 11h**

**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.*