

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024/2025

Renforcement Musculaire Mercredi 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.