

Questionnaire médicale :

Mode de paiement :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024/2025

STEP
Mercredi 10h à 11h

N° Licence :

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€

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.