

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

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2024/2025**

**TCHOUKBALL**  
Mercredi 17h30 à 18h30

**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.***