

BULLETIN D'INSCRIPTION ECOLE DES AINES

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE MAIL :

N°TELEPHONE :

DROIT A L'IMAGE (Réseaux sociaux, flyers, ...) OUI NON

DROIT D'ADHESION 2022-2023 OUI NON Adhérent :35€

ALLERGIES :

PATHOLOGIE :

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS : OUI NON

si oui, précisez lequel

TARIF TRIMESTRIEL

2 x 3h/ semaine 150€

TARIF (Mardi et vendredi de 8h30 à 11h30)

	Mars	Avril	Mai	Juin
Montant	55€	55€	55€	55€
Date				
CB				
Espèces				
N° chèque(s)				
Banque				
Avoir				

Le club ne rembourse pas les séances non effectuées, **un avoir pourra être proposé sur présentation d'un certificat médical.** Attention la prestation devra être réglé avant le début du mois souhaité.

Fait-le : A :

Signature :