

Bulletin d'Inscription et Autorisation Parentale

Stagiaire

Nom – Prénom :.....
Date de Naissance :..... /..... /.....
Club :.....
N° licence (hors ASPTT) :.....
Catégorie :

Adresse :.....
Ville :.....
Email :.....
N° Tel 1 :.....
N°Tel 2 :.....

Santé

Merci de nous informer si votre enfant présente des contraintes particulières de santé, (allergie, maladie, etc.) :

.....

.....

Formule

Je souhaite m'inscrire pour :

- Les **5 Jours de stage** : 60 euros (**adhérent**)
- 75 euros (**non adhérents**)

- **A la journée** (20 euros) : Lundi Mardi
- Mercredi Jeudi Vendredi