

# 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**)
- 50 euros (**Féminine**)
- A la journée** (15 euros) : Lundi  Mardi
- Féminine : 10 euros par jour  
Mercredi  Jeudi  Vendredi