

SEZAM : ADHESION Individuelle

NOM : _____ Prénom : _____

Si Enfant - Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Email : _____

COURS CHOISI(S)

JOUR	HORAIRE	TYPE DE COURS	CARTE
			<input type="checkbox"/>

NE PAS REMPLIR LE CADRE MERCI

CERTIFICAT MEDICAL – Médecin : Dr _____

ENVELOPPES (1 seule si adresse mail)



NOM : _____ Prénom : _____

REGLEMENT EN ____ FOIS

ESPECES : Adhésion _____ € Cours : _____ €

CHEQUES : Adhésion _____ € Cours : _____ € _____ € _____ €

Nom du titulaire du chéquier : _____

CHEQUES VACANCES : _____ €

ATTESTATION CE

SEZAM : ADHESION Individuelle

NOM : _____ Prénom : _____

Si Enfant - Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Email : _____

COURS CHOISI(S)

JOUR	HORAIRE	TYPE DE COURS	CARTE
			<input type="checkbox"/>

NE PAS REMPLIR LE CADRE MERCI

CERTIFICAT MEDICAL – Médecin : Dr _____

ENVELOPPES (1 seule si adresse mail)



NOM : _____ Prénom : _____

REGLEMENT EN ____ FOIS

ESPECES : Adhésion _____ € Cours : _____ €

CHEQUES : Adhésion _____ € Cours : _____ € _____ € _____ €

Nom du titulaire du chéquier : _____

CHEQUES VACANCES : _____ €

ATTESTATION CE