

Nom : _____ Prénom : _____		Cadre réservé ASVF	
Adresse : _____		Ctrl Bureau :	
CP + Ville : _____		Pièces à fournir :	
Date de Naissance _____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Notre Certificat Médical	
Tél : _____ Portable : _____		<input type="checkbox"/> 2 enveloppes timbrées	
Mail : _____ Sexe : F / M		<input type="checkbox"/> 1 photo d'identité	
Intérêt pour les cours du :		<u>Règlement :</u>	
Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/>		Section 82€ : Chq <input type="checkbox"/> Esp <input type="checkbox"/>	
Je m'engage à respecter le règlement intérieur en vigueur remis lors de mon inscription.		Carte ASVF : Chq <input type="checkbox"/> 18 – 21.50 € Esp <input type="checkbox"/>	
Aucun remboursement ne sera effectué après inscription.		n° carte :	
Date : _____ Signature : _____			



Notes:
