

FICHE ELEVE

Année :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

NOM du représentant légal :

ADRESSE :

.....
.....
.....

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : MAIL :@.....

NOMBRE DE COURS / SEMAINE :

COURS INSCRITS :

TARIFS :

MODE DE REGLEMENT :

SIGNATURE :

PIECES A FOURNIR : CERTIFICAT MEDICAL

DROIT A L'IMAGE