



Toutes les rubriques sont à compléter impérativement !

NOM : _____

PRENOM DU PRATIQUANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : MASCULIN FEMININ

ADRESSE EXACTE : _____

NUMERO POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE PRIVE : _____

NOM ET PRENOM DU PERE : _____

PORTABLE DU PERE : _____

ADRESSE EMAIL DU PERE : _____

NOM ET PRENOM DE LA MERE : _____

PORTABLE DE LA MERE : _____

ADRESSE EMAIL DE LA MERE : _____

DATE DU 1^{er} COURS : _____

JOUR(S) DES COURS : _____ HORAIRE(S) : _____

DATE ET LIEU : _____

(Veuillez écrire votre nom lisiblement en majuscules d'imprimerie suivi de votre signature)

SIGNATURE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL