

Fiche d'inscription à l'activité ACP SPORT

Madame [] / Monsieur []

Nom: Prénom:

Date & lieu de naissance:

Adresse:

Code postale: Ville:

Téléphone (portable):

Courriel / Mail:

Personne à contacter en cas de besoin:

Nom et prénom:

Tél:

PIECES A FOURNIR **OBLIGATOIREMENT** LORS DE L'INSCRIPTION

- QS Sport ou certificat médical datant de moins de 3 mois autorisant la pratique du sport
- Le règlement de la cotisation annuelle. Le paiement peut être fait en 4 fois par chèque.
- Ce formulaire dûment rempli avec les pièces demandées.

LES INSCRIPTIONS ne pourront se faire que sur présentation d'un certificat médical accompagné d'un paiement. *L'inscription vaut acceptation du règlement intérieur et du protocole sanitaire mis en place par l'ACP.*

Tarifs: 150€ (75€ pour un étudiant sur présentation de sa carte d'étudiant en cours de validité)

***** les places sont limitées *****

Fait le :/...../.....

À :

Signature :

FEUILLE DE SUIVI DES PAIEMENTS

ACP SPORT

Montant total :

DATE	MONTANT	ESPÈCES	CHÈQUE	
			NOM FIGURANT SUR LE CHÈQUE	NUMÉRO DU CHÈQUE