NOM PRENOM DU ET DES PRATIQUANTS	Date De Nais	ACTIVITE	JOUR ET HORAIRE	ADH	TARIF
TOTAL					

COORDONNEES EN CAS D'URGENCE (personne à contacter) :
NOM : ..... PRENOM : ..... TELEPHONE : .....

MODALITES DE REGLEMENT						
Date du jr	**Type Chq-ANCV-Esp**	**Banques**	**N° de chèque**	**Montants**	**Différé le 5-15-25**	**Observat°**