



Collez ou
Agrafez la
photo
d'identité ici

FICHE D'ADHÉRENT

2019/2020

Nom :

Prénom :

Date de naissance : **Age** :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Nombres de cours par semaine

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 cours par semaine
(150€ - enfants *12 ans inclus)
(180€ - adultes) | <input type="checkbox"/> 2 cours par semaine
(220€ - enfants *12 ans inclus)
(300€ - adultes) | <input type="checkbox"/> 3 cours par semaine
(360€ - adultes) |
|---|---|--|

Renseignements médicaux

N° sécurité sociale :(si mineur celui des parents)

Groupe sanguin et rhésus :

Je soussigné Mme, Mr autorise le personnel de l'association Kapoo à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui s'avèreraient nécessaire en cas d'absence, et accepte les conditions d'assurance souscrite par l'association Kapoo.

Fait à _____ , le _____

Signature

A remplir par l'association KAPOO

Date de l'adhésion :
N° de reçu :
Mode de paiement :