



ATELIERS : Training-boxe  Pilates  Swiss ball

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Profession : ..... Employeur : .....

\*Adresse : .....

\*Code postal : ..... \*Ville : .....

N° Tel portable ..... Courriel Mail : .....

**Pour les mineurs**

\* Portable (mère) : ..... \*Portable (père) : .....

Rayer les mentions inutiles

\*Courriel : .....

\*N° Allocataire CAF : ..... Q CAF : ..... Autre régime (à préciser) : .....

**J'accepte que la Slep vérifie si besoin mon quotient CAF**

**\*renseignements obligatoires**

=====  
**J'autorise l'association SLEP à me prendre en photo et/ou en vidéo et à diffuser celles-ci dans le cadre normal de ses activités : OUI - NON (rayer la mention inutile)**

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter les conditions qu'il fixe et le respecter.**

Fait à Aytré, le .....

Signature :

