



ACTIVITES : _____

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CP : VILLE :

DATE DE NAISSANCE : / / NATIONALITE :

TELEPHONE FIXE :/...../...../...../.....

TELEPHONE MOBILE :/...../...../...../.....

EMAIL : @

NIVEAU DE DIPLOME:

TARIFS DES ADHESIONS ANNUELLES

- ADULTE SEUL : 8.00 €
- JEUNES (- DE 18 ANS) : 4.00 €
- COUPLE: 12.00 €
- ADULTE SEUL + ENFANT : 8.00 € + 1.00 € / ENFANT
- COUPLE + ENFANT : 12.00 € + 1.00 € / ENFANT

NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE :

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

- BRSA
- AAH
- ASS
- DEMANDEUR D'EMPLOI
- RETRAITE(E)
- AUTRE (Précisez):

MODE DE REGLEMENT

- ESPECES
- CHEQUE N°.....
- BANQUE :
- CARTE BANCAIRE

PRESCRIPTEUR

NOM:

STRUCTURE:

TELEPHONE:.....

EMAIL:.....

DATE ET SIGNATURE DE L'ADHERENT

.....

COMPOSITION DU COUPLE / DE LA FAMILLE

CONJOINT(E)

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / / NATIONALITE :
NIVEAU DE DIPLOME:

ENFANT(S)

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / / NATIONALITE :
NIVEAU DE DIPLOME:

ENFANT(S)

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / / NATIONALITE :
NIVEAU DE DIPLOME:

ENFANT(S)

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / / NATIONALITE :
NIVEAU DE DIPLOME:

Si pas assez de place, merci de continuer sur papier libre

ATTESTATION PARENTALE DE TRANSPORT DE MINEUR(S)

Je soussigné Mme/M. agissant en qualité de autorise le service mobilité de La Routourne à transporter mon/mes enfant(s) désignés ci-dessus dans le cadre de leur(s) activité(s).

Date et signature du représentant légal