



Représentant(s) légal(s) \_\_\_\_\_

Nom et prénom..... Portable.....

Nom et prénom..... Portable.....

Adresse.....

Code postal ..... Ville.....

Adresse email..... Téléphone.....

Activités			Nom et prénoms	date naissance	Tarifs	Nb	Montant
Bibliothèque					-		
Gymnastique					120 €		
Danse					135 €		
Danse Adultes					145 €		
Judo					160 €		
Pilates					160 €		
Randonnée					10 €		
Fitness					175 €		
A partir de 3 activités par famille					-5%		
+ Adhésion ASCC					5 €		
<b>Montant total</b>							
			Nom ou autres informations				
Chèques							
Espèces							
Coupons sports			Date limite				
CHQ vacances			Date limite				
Bons CAF							
<b>Total</b>							

Nom, prénom, adresse et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence (si différent) :

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ autorise l'ASCC :

⇒ à me faire photographier ou faire photographier mon enfant lors des activités à l'occasion de reportages destinés à la presse ou au site Internet de l'ASCC.

⇒ à me faire transporter ou faire transporter mon enfant à l'hôpital si nécessaire.

Je reconnais avoir été informé de mon intérêt à souscrire des garanties d'assurances facultatives complémentaires en cas d'accident corporel.

Besoin d'une facture au nom \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_