



Représentant(s) légal(s) _____

Nom et prénom..... Portable.....

Nom et prénom..... Portable.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Adresse email..... Téléphone.....

Activités	<input type="checkbox"/>	Nom et prénoms	date naissance	Tarifs	Nb	Montant
Bibliothèque	<input checked="" type="checkbox"/>			-		
Gymnastique	<input type="checkbox"/>			130 €		
Danse	<input checked="" type="checkbox"/>			145 €		
Danse Adultes	<input checked="" type="checkbox"/>			155 €		
Judo	<input type="checkbox"/>			170 €		
Pilates	<input type="checkbox"/>			170 €		
Relaxation	<input checked="" type="checkbox"/>			80 €		
A partir de 3 activités par famille				-5%		
Randonnée	<input checked="" type="checkbox"/>			10 €		
+ Adhésion ASCC par personne				5 €		
Montant total						
		Nom ou autres informations				
Chèques						
Espèces						
Coupons sports		Date limite				
CHQ vacances		Date limite				
Bons CAF						
Total						

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 _____