

INSCRIPTIONS ADHÉRENTS

Nom : Certificat médical

Prénom :

Date de naissance : / /

Non clodoaldien travaillant/scolarisé à Saint-Cloud.

Nom de l'établissement :

Nom : Certificat médical

Prénom :

Date de naissance : / /

Non clodoaldien travaillant/scolarisé à Saint-Cloud.

Nom de l'établissement :

Nom : Certificat médical

Prénom :

Date de naissance : / /

Non clodoaldien travaillant/scolarisé à Saint-Cloud.

Nom de l'établissement :

Nom : Certificat médical

Prénom :

Date de naissance : / /

Non clodoaldien travaillant/scolarisé à Saint-Cloud.

Nom de l'établissement :

AUTORISATIONS DE SORTIE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) autorise à quitter seul(e) les locaux :

..... OUI NON

..... OUI NON

..... OUI NON

Les mineurs demeurent sous la responsabilité de leurs parents en dehors des horaires d'ateliers.

ATELIER(S)	JOUR	HOR	TARIF	TYP RED	MT RED

TOTAUX	TARIF	€	REDUC	€
TOTAL ATELIERS				€

ACOMPTE				
..... Atelier(s) X 50 €		€		
..... Adhésion(s) X 18 €		€	TOTAL	€

