

BULLETIN D'INSCRIPTION Saison 2017/2018



Famille :

Nom :	Adresse :
	Tél.
	Mail :

Activité	NOM (si différent du nom de famille)	Prénom	Adultes	Enfants (préciser âge)	Date de naissance	Cotisation	Adhésion FRQ 15 €	Total	Certificat Médical remis
Total à payer									

Encaissement :

Octobre

n° chèque..... Banque :

Janvier

n° chèque..... Banque :

Avril

n° chèque..... Banque :

Ci-joint (max 3) chèques en règlement

Montant

Montant

Montant

Espèces :

Pour bénéficier des tarifs selon QF joindre impérativement une copie de l'Attestation de Quotient Familial (août 2017) délivrée par la CAF.