

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM *						
PRENOM *						
SEXE						
DATE DU STAGE	DU		AU			
Jours de présence	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
ADRESSE *						
CODE POSTAL *						
VILLE *						
TELEPHONE DOMICILE						
PORTABLE						
FAX						
ADRESSE EMAIL						
DATE ET LIEU DE NAISSANCE						
NUMERO CAF (obligatoire) Ou AUTRE						
AVEZ VOUS DROIT A L'AIDE CAF ?	OUI			NON		
NUMERO SECURITE SOCIALE						
PROFESSION DE LA MERE						
EMPLOYEUR						
TELEPHONE						
PROFESSION DU PERE						
EMPLOYEUR						
TELEPHONE						
MEDECIN TRAITANT						
ADRESSE						
CODE POSTAL						
VILLE						
TELEPHONE						

BILAN DOSSIER (ne rien inscrire, réservé à l'administration)

Fiche de renseignement		Aide CAF	
Certificat Medical		Montant cotisation	
Autorisation parentale			

Fiche sanitaire	

FICHE DE RENSEIGNEMENT

NOM			
PRENOM			
SEXE			
DATE ENTREE			
FRERE OU SŒUR INSCRIT AU CLUB			
ADRESSE			
CODE POSTAL			
VILLE			
TELEPHONE DOMICILE			
PORTABLE			
FAX			
ADRESSE EMAIL			
DATE ET LIEU DE NAISSANCE			
NUMERO CAF (obligatoire) Ou AUTRE			
AVEZ VOUS DROIT A L'AIDE CAF ?	OUI		NON
NUMERO SECURITE SOCIALE			
PROFESSION DE LA MERE			
EMPLOYEUR			
TELEPHONE			
PROFESSION DU PERE			
EMPLOYEUR			
TELEPHONE			
MEDECIN TRAITANT			
ADRESSE			
CODE POSTAL			
VILLE			
TELEPHONE			

A fournir avec le dossier: 2 enveloppes timbrées à votre adresse, une photo d'identité, le règlement de la cotisation

BILAN DOSSIER (ne rien inscrire, réservé à l'administration)

Fiche de renseignement		Photo d'identité		
Certificat Medical		Enveloppes		
Autorisation parentale		Aide CAF		
Fiche sanitaire		Equitation		
		Montant cotisation		

Mode de règlement	Liquidité	1 chèque	3 chèques	10 chèques	
-------------------	-----------	----------	-----------	------------	--