



ANNEE 2017/2018

DANSE IRLANDAISE

Mercredi 20h30-22h00

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

TELEPHONE DOMICILE/...../...../.....

PORTABLE/...../...../.....

TELEPHONE TRAVAIL/...../...../..... Poste

E-mail :

ADHESION : CH : ES

CERTIFICAT MEDICAL OUI NON

Je soussigné, reconnaît avoir pris connaissance des conditions d'assurances, statuts, et règlement intérieur et de l'ensemble des garanties associées au contrat d'assurance auquel donne droit mon inscription à la section Danse Irlandaise.

Date :

Signature :