



ATELIER :

ADULTE / ADOLESCENT

NOM DE L'ATELIER : _____

*NOM :

*PRENOM :

*Date de naissance :

Profession : Employeur :

*Adresse :

*Code postal : *Ville :

TELEPHONES

* Portable (mère) : *Portable (père) :

Rayer les mentions inutiles

*Courriel :

*N° Allocataire CAF : Q CAF : Autre régime (à préciser) :

J'accepte que la Slep vérifie si besoin mon quotient CAF

****renseignements obligatoires***

J'autorise l'association SLEP à me prendre en photo et/ou en vidéo et à diffuser celles-ci dans le cadre normal de ses activités : OUI - NON (rayer la mention inutile)

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à respecter les conditions qu'il fixe et le respecter.

L'inscription s'accomplit à l'année et le paiement à réception de la facture, un échancier sur trois mois est possible.

Fait à Aytré, le

Signature :

