



JUDO TOMODACHI

Date d'inscription : ___ / ___ / ___

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Email : à remplir en MAJUSCULES _____

Téléphone : _____

OBSERVATIONS : Certificat Médical obligatoire dès le premier cours.

-Prise en charge à l'école primaire : OUI / NON

-A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : NOM+NUMEROS : _____

-Paiement : Chèque(s) Nb :

Espèces :

Tarifs : Cotisations + licence/assurance : 135,00 Euros / an.
