

Fiche D'inscription - Circuit-Cross-Training+HBX-Boxing(Femmes)

Certificat Médicale
SAISON : ___/___

Montant de la cotisation : _____ Euros

Mr, Mme, Melle* NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone

fixe : ___/___/___/___/___ portable ___/___/___/___/___ professionnel ___/___/___/___/___

Adresse mail : _____

Date de naissance : ___/___/_____ lieu de naissance : _____

Fait à Cernay,

Le _____

Signature

* rayer la mention inutile