

1 Env. timb x	1 Photo x	Certificat Médical x	Mode de paiement :
------------------	--------------	-------------------------	--------------------

\* sauf pour les renouvellements

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### Step

### SAISON 2023/2024

N° Licence :

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :**

**Adresse complète :**

**Adresse mail :**

**Téléphone : Dom.**

**Autre :**

**Personne à prévenir  
(Pendant l'activité)**

**Téléphone**

Date et signature du responsable\* :

**\*La signature entraîne automatiquement la connaissance et l'acceptation du règlement intérieur de l'association.**

---

**COTISATION SAISON 2023-2024**

**100 Euros**

**110 Euros (hors commune)**

***Possibilité de règlement en trois fois (octobre, décembre et mars). S'il vous plait, faites en sorte que les montants de vos chèques soient entiers (sans centimes). Merci.***