



# INSCRIPTIONS

## 2025-2026

*Merci de fournir un certificat médical (valable 3 ans)*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Adresse mail : .....@.....

Je désire m'inscrire aux cours :

- Intermédiaires lundi 17h30 - 19h00
- Catalanes mardi 18h00 - 20h30
- Novices : jeudi 20h30-21h30
- Débutants samedi 11h00-12h00

L'association décline toute responsabilité

En cas de non-présentation du certificat médical

Signature :

Autorisation droit à l'image

### Partie réservée au Country Dance Club

Inscription le .....

Paiement par : Chèque  Espèce  .....€

Assurance (comprise dans adhésion) .....15.00.....€

Montant des chèques

--	--	--	--