



BOUGER SANTE



Motricité

NOM des Parents: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Mail: _____ Tél: _____

NOM – Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Sexe: F M

● Autorise _____ à amener mon enfant à ces séances de motricité. Tel : _____

● J'adhère à l'association « Sports et Loisirs Esnandais » pour une année et règle la cotisation de 10,00 euros. (Obligatoire par les parents OU l'Ass Mat)

Ma formule :

Créneau hebdomadaire, pas de cours durant les vacances scolaires zone A

Cours 1 semaine sur 2. Les semaines paires.

30,00 né(e) après le 1^{er} juin 2016

45,00 né(e) entre le Septembre 2015 et le 31 mai 2016

65,00 né(e) avant le 31 août 2015

5,00 la séance

Fait à _____ Le ____/____/20__ Signature :