

Parents :

Titre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

NPA / Localité : _____

E-mail : _____

Tél : _____

Portable: _____

Cours souhaités :

Intitulé et date

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance: _____

Nombre d'activités souhaitées: _____

Membre du CCRD : Oui ☐ Non ☐

Souhaitez-vous le devenir ? : Oui ☐ Non ☐

☐ J'ai lu et j'accepte les conditions générales des Cours extra-scolaires. Date et signature
