

FORMULAIRE D' INSCRIPTION

Merci de compléter ce formulaire en y joignant **le certificat médical à votre règlement.**

Nom Prénom

Téléphone

Email

**Si vous ne possédez pas d'adresse internet , joindre deux enveloppes timbrées avec vos coordonnées complètes .*

En cas de participation de votre employeur, souhaitez vous une attestation de cotisation :

Oui

Non

Pour un paiement en plusieurs chèques , merci de les dater du même jour de votre signature **à l'ordre de l'association Être en corps .*