



**Association Familiale
d'Ammerschwihl**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(un formulaire par activité)

Nom:.....
 Prénom:.....
 Adresse:.....

 Code postal-ville:.....
 Tél.:.....
 E-mail :

oui, je souhaite recevoir les informations provenant de l'association familiale par mail

j'autorise la diffusion de photos de moi-même ou de mon enfants

Je n'autorise pas la diffusion de photos de moi-même ou de mon enfants

Activité:.....
 Jour et heure:.....
 Nom prénom du participant :

Règlement :

Montant de l'activité
 Cotisation (**payable à part**): 10 €
 (si la cotisation est déjà versée veuillez mentionner dans quelle activité)

Total :

Paiement par:

Espèces Chèques
 Date: Signature:



**Association Familiale
d'Ammerschwihl**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(un formulaire par activité)

Nom:.....
 Prénom:.....
 Adresse:.....

 Code postal-ville:.....
 Tél.:.....
 E-mail :

oui, je souhaite recevoir les informations provenant de l'association familiale par mail

j'autorise la diffusion de photos de moi-même ou de mon enfants

Je n'autorise pas la diffusion de photos de moi-même ou de mon enfants

Activité:.....
 Jour et heure:.....
 Nom prénom du participant :

Règlement :

Montant de l'activité
 Cotisation (**payable à part**): 10 €
 (si la cotisation est déjà versée veuillez mentionner dans quelle activité)

Total :

Paiement par:

Espèces Chèques
 Date: Signature:



**Association Familiale
d'Ammerschwihl**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(un formulaire par activité)

Nom:.....
 Prénom:.....
 Adresse:.....

 Code postal-ville:.....
 Tél.:.....
 E-mail :

oui, je souhaite recevoir les informations provenant de l'association familiale par mail

j'autorise la diffusion de photos de moi-même ou de mon enfants

Je n'autorise pas la diffusion de photos de moi-même ou de mon enfants

Activité:.....
 Jour et heure:.....
 Nom prénom du participant :

Règlement :

Montant de l'activité
 Cotisation (**payable à part**): 10 €
 (si la cotisation est déjà versée veuillez mentionner dans quelle activité)

Total :

Paiement par:

Espèces Chèques
 Date: Signature: