



ANNEE 2025/2026



EFFORT DE NOUZONVILLE

ADULTE

sexe **M** **F**

NOM	
Prenom	
date de naissance	
adresse :	
telephone:	
Email:	
bien lisible SVP	
Certaines mutuelles prennent en charge une partie de la cotisation	
j'ai besoin d'une attestation de cotisation... je coche ici	
COTISATION	montant
VIREMENT SUR LE COMPTE	don au club
CHEQUE	TOTAL
	date
ESPECES	
Cheques ANCV	
je, soussigné	
m'engage à joindre le questionnaire de santé dûment rempli et	
m'engage à lire et respecter les consignes du règlement du club	