



ANNEE 2026/2027



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