

ADHÉSION KFÉ DES FAMILLES



PARENTS

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Profession :
Tel :
Mail :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

J'autorise que les membres de la famille soient photographiés et que les documents soient utilisés dans le cadre stricte de la promotion de l'association

ENFANTS

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de Naissance :/...../.....	Date de Naissance :/...../.....	Date de Naissance :/...../.....
Nom de l'école/crèche :	Nom de l'école/crèche :	Nom de l'école/crèche :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de Naissance :/...../.....	Date de Naissance :/...../.....	Date de Naissance :/...../.....
Nom de l'école/crèche :	Nom de l'école/crèche :	Nom de l'école/crèche :

ADHESION

Tarif unique : 20 euros

Fait le : à

Signature :