



Inscription 2017-2018

Nom Date de naissance

Prénom

Coordonnées:

adresse	<input type="text"/>		
téléphone domicile	<input type="text"/>		
téléphone portable	<input type="text"/>		
email	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>

Certificat médical

Dr Date

ATTESTATION

Je soussigné M/Mme , en ma qualité de représentant légal de , atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal

Formule d'adhésion

Adulte	<input type="text"/>				
Couple	<input type="text"/>				
Etudiant	<input type="text"/>				
Enfant	<input type="text"/>				
Baby tennis	<input type="text"/>				
Pack famille	1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	

Entrainement

Adulte	<input type="text"/>
Ecole de Tennis	<input type="text"/>

Disponibilités

	20h	21h	20h	21h
Mardi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	13h	14h	15h	16h
Mercredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	17h	18h	19h	
Jeudi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	9h	10h	11h	12h
Samedi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scolarité	primaire	<input type="text"/>	établissement	<input type="text"/>
	collège	<input type="text"/>	établissement	<input type="text"/>
	lycée	<input type="text"/>	établissement	<input type="text"/>

Paiement

chèque	<input type="text"/>	montant	<input type="text"/>
espèces	<input type="text"/>	montant	<input type="text"/>