



Inscription 2018-2019

Nom Date de naissance

Prénom

Coordonnées:

adresse

téléphone domicile

téléphone portable

email @

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	2	3	4

Entraînement

Adulte

Ecole de Tennis

Disponibilités

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