



DEMANDE D'ADHÉSION

SAISON 20__ / 20__

N° Adhérent : 20__ / __

NOM PRENOM :
ADRESSE :
CP / VILLE :
TELEPHONE : **OU**
EMAIL :

DATE NAISSANCE (AGE MINI = 10 ANS)

COTISATION ☐ **ADULTE (60€)** ☐ **ENFANT (40€)**

▪ **REGLE PAR** ☐ **VIREMENT** **LE** / /

AUTORISATIONS ☐ **PRISE DE VUES ET PUBLICATION** ☐ **NON**

☐ **ENFANT AUTORISE A PARTIR SEUL** ☐ **NON**

SIGNATURES (REPRÉSENTANT LÉGAL POUR LES MINEURS)



N° Adhérent :
20__ / __

Saison 20__ / 20__
valable pour 1 an à compter du 1er octobre

Séances le vendredi soir
enfants 18h45
adultes 20h30

Nom :

Prénom :

Validation



Slot Racing Cognin 73
Association Loi n°1901

Adhésion

slotracingcognin73@gmail.com

