

INSCRIPTION STAGES

Nom :		Prénom :	
Naissance :	/ /	G.S.M. 1 :	/
Sexe :		G.S.M. 2 :	/
Email :			
Etat civil :		Profession :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

Par cette adhésion, j'accepte et je m'engage à respecter les statuts, R.O.I. ainsi que le Règlement spécifique « STAGES » de l'ESPACE SANTE Nivelles ASBL

Signature

Semaine du :

Semaine du :

Payé le :

INSCRIPTION STAGES

Nom :		Prénom :	
Naissance :	/ /	G.S.M. 1 :	/
Sexe :		G.S.M. 2 :	/
Email :			
Etat civil :		Profession :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

Par cette adhésion, j'accepte et je m'engage à respecter les statuts, R.O.I. ainsi que le Règlement spécifique « STAGES » de l'ESPACE SANTE Nivelles ASBL

Signature

Semaine du :

Semaine du :

Payé le :