



COUNTRY

HILLBILLY BRIE COUNTRY

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Tél. dom. : Tél. port. :

E mail :

Certificat médical

COTISATION ANNUELLE :

**Adulte : 130 € Couples 110 €/ Pers.
-15 ans : gratuit**

Règlement	Chèque	Montant	Date échéance
1 ^{er} trimestre			
2 ^{ème} trimestre			
3 ^{ème} trimestre			

Nous acceptons les coupons ANCV + 2€

Fait le Signature :