



BULLETIN D'INSCRIPTION

ADHERENT

NOM

PRENOM

Né(e) le

ADRESSE

TELEPHONE

MAIL

POUR LES ADULTES

PROFESSION

POUR LES BEBES - ENFANTS

NOM & PRENOM - PROFESSION PARENT 1

NOM & PRENOM - PROFESSION PARENT 2

FRERES/SOEURS :

AGE :

PASS SANITAIRE VALIDE à vérifier

Ne pas remplir

POUR LES FEMMES ENCEINTES

DATE PREVUE D'ACCOUCHEMENT :