SOCIETÀ DANTE ALIGHIERI COMITÉ AVIGNONNAIS

FICHE D’ADHÉSION 2024/2025

Établie le …………………………………

NOM: …………………………………………………………………………………………………….

PRÉNOM: ……………………………………………………………………………………………...

ADRESSE: ……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

CODE POSTALE ET VILLE: …………………………………………………………………….

TÉLÉPHONE: Domicile ……………………………………….

Portable ……………………………………….

e-mail …………………………………………………………………

DATE ET LIEU DE NAISSANCE ………………………………………………………………..

ADHÉSION ANNUELLE:

Une personne ☐

Couple ☐

CHOIX DE COURS:

1h30 par semaine ☐

3h par semaine ☐

PAYEMENT FRACTIONNÉ

1 fois ☐

2 fois ☐

3 fois ☐

4 fois ☐

5 fois ☐

6 fois ☐

Signature de l’adhérent …………………………………………………………………..