

PHOTO

**Année 2023-2024**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : |  |
| PRENOM : |  |
| DATE DE NAISSANCE : |  |
| ADRESSE : |  |
| ADRESSE ELECTRONIQUE : |  |
| TELEPHONE  (DOMICILE / PORTABLE) |  |
| PROFESSION : |  |
| DATE D’INSCRIPTION : |  |
| COURS CHOISIS : 1er cours : |  |
| 2ème cours : |  |
| 3ème cours : |  |
| COTISATION ANNUELLE (\*) : **190**€  *Dont affiliation / assurance FFHY : 36€* |  |
| TARIFS REDUITS  2ème personne de la même famille : 160€  Etudiant (-de 28 ans), chômeurs : 130€  Cours supplémentaire : 100€ |  |
| TOTAL |  |

(\*) : paiement par chèque à l’ordre du CRCFIN

FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL