

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