Adhérent N° :

Nom : Prénom :	Date de naissance :

Date d'adhésion :	Montant (min 2€) :

Etat de santé physique et/ou émotionnel particulier :
Peux pratiquer selon avis médical :

Contact
Téléphone :
@ :
Adresse postale :

	oui	non
Connaissance du règlement intérieur		
Inscription à la newsletter		

Date	Soins	Montant	Bénévole