

ESPS ARCHIMEDE



Nom :

Prénom :

Rue : **N°** : **Boite** :

CP : **Ville** :

Date de Naissance : /...../.....

Téléphone Fixe : 00...../.....

GSM : 00...../.....

E-Mail : privé.....@.....

Bureau@.....

Brevet : NB, 1*, 2*, 3*, 4*, AM, MC, MF, MN.

N° Brevet Lifras :

Autres Fédération :

Personne à contacter :

Mr/Mad :

En qualité de : époux, épouse, parent, autres,

Rue : **N°** : **Boite** :

CP : **Ville** :

Téléphone Fixe : 00...../.....

GSM : 00...../.....

Ne pas oublier Visite Médicale

Achat d'un kit pour suivre les cours

Le tout à remettre au responsable de cours qui fera suivre