



*Tradlalère*

*2024/2025*

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (facultatif) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

☎ Mobile : \_\_\_\_\_

Adresse email: \_\_\_\_\_

Règlement de la cotisation annuelle : \_\_\_\_\_ €

Paiement par chèque n° : \_\_\_\_\_

Paiement en espèces : \_\_\_\_\_

Certificat médical : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature :