



Ecole HOCKEY 4-6 ans

Nom : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____

Nom Prénom du Père : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ E-Mail _____

Nom Prénom de la mère : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ E-Mail _____

Adresse : _____

Confirment l'inscription de leur enfant à l'école de Hockey 4-6ans
Règlement effectué à l'inscription

Signature

HOCKEY CLUB des JALLES --- Saint Médard en Jalles