***FICHE DE CONTRÔLE***

 **Nom : Prénom :**

Certificat Médical ❑ Fiche de renseignements ❑ Photo ❑ Bulletin UFOLEP + assurance FFG ❑

|  |  |
| --- | --- |
| Montant cotisation |  |
| Déduction ClubMotif : | **-** |
| Montant Cotisation due | = |
| **Pré-inscription*** Espèces
* Chèque N°: Banque :

Nom Signataire du chèque : |  |
| **1er paiement*** Espèces
* Chèque N° : Banque :

Nom Signataire du chèque : |  |
| **2ème paiement*** Espèces
* Chèque N° : Banque :

Nom Signataire du chèque : |  |
| **3ème paiement*** Espèces
* Chèque N° : Banque :

Nom Signataire du chèque : |  |
| **4ème paiement*** Espèces
* Chèque N° : Banque :

Nom Signataire du chèque : |  |
| Observations : |  |