***FICHE DE CONTRÔLE***

**Nom : Prénom :**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Montant cotisation |  |
| Déduction Club  Motif : | **-** |
| 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 : |  |