

BULLETIN D'INSCRIPTION SPORT

Nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

Code postal et ville : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Mail : _____@_____

Stage du 15 octobre

Prise en charge individuelle

Organisme prenant en charge : Nom/adresse/Téléphone :

Date :

Signature :



SOPHRO CAP 22, avenue Gershwin 63200 RIOM. Téléphone : 06 89 85 62 05

E-mail : v.vandermersch@mentalcap.fr - Site : www.sophrocap.fr/com

Numéro SIRET : 52266843300025 Numéro de déclaration d'activité : 83 63 04339 63 auprès du préfet