



**NOM DE L'ASSOCIATION :**

**FEDERATION D'AFFILIATION :**

**N° SIRET :**

**PRESIDENT(es) :**

**ADRESSE DE CORRESPONDANCE :**

**TELEPHONE DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER :**

**A RETOURNER ENTRE LE 15 SEPTEMBRE 2020 ET LE 15 JUIN 2021 IMPERATIVEMENT**

| <u>LICENCE</u> |               | <u>ANNEE</u>     | <u>IMPRIME BON</u> | <u>CERTIFICAT DE</u>   | <u>ATTESTATION</u> | <u>PRIX DE LA</u>   | <u>FORFAIT</u> | <u>TARIF PAYE</u>  |
|----------------|---------------|------------------|--------------------|------------------------|--------------------|---------------------|----------------|--------------------|
| <u>NOM</u>     | <u>PRENOM</u> | <u>NAISSANCE</u> | <u>REDUCTION</u>   | <u>SCOLARITE</u>       | <u>ARS</u>         | <u>LICENCE-CLUB</u> | <u>25 €*</u>   | <u>FAMILLE ARS</u> |
| Exemple        | XXX           | 2005             | oui                | Primaire<br>ou Collège | oui                | 100 €               | 25 €           | 75 €               |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |
|                |               |                  |                    |                        |                    |                     | 25 €           |                    |

\* montant remboursé par le Département du Gers, dans la limite du coût de l'adhésion annuelle

**Merci de joindre à ce document, un RIB de votre association**

**Je soussigné ....., président de l'association, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.**

**Signature :**