



CAMPAGNE D'ABONNEMENT

Saison 2019-2020

Abonné N° _____ (ne pas remplir, cadre réservé à l'EAB)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal & Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Je prends un abonnement : Plein tarif (95€) Tarif réduit (55€)

Pour toute souscription à un abonnement tarif réduit, merci de joindre un justificatif. Une fiche par personne qui s'abonne est désirée.

Fait à :, le.....

Signature de l'abonné :