

Commission Retraités

NOM : PRENOM

TEL, (obligatoire) : PORTABLE :

N° RUE :

CODE POSTAL :

VILLE :

NOMS DES PARTICIPANTS	DATE DE NAISSANCE	PARENTE ou EXTERIEUR

ACTIVITE :

PRIX : NOMBRE DE PARTICIPANTS ARCELOR : X€ =€

NOMBRE DE PARTICIPANTS EXTERIEURS : X€ =€

TOTAL PARTICIPATION =€

DATE INSCRIPTION :

SIGNATURE :

Cadre réservé à la commission :

Date inscription : Nom et signature commissionné :

Inscription par : MAIL ☐ COURRIER ☐ PERMANENCE ☐

Exceptionnellement pendant la période de crise sanitaire, TEL ☐

Important : La confirmation de votre inscription par mail ou tel devra être confirmée par envoi de votre paiement au plus tard dans les 6 jours sous peine de nullité.

Date confirmation : Nom et signature commissionné :

Montant Paiement :€ Espèces : ☐

Chèque ☐ N° Banque :