



# DEMANDE D'INSCRIPTION

**Saison 2025-2026**

☐ Mme ☐ M. Nom

Nom de naissance:

Prénom:

Né (e) le 



 Nationalité :

Adresse:

Code Postal: 



 Ville:

Tél:

Courriel.....@ .....

☐ Certificat Médical ou ☐ Attestation.

☐ Responsabilité Civile : Nom de l'Assurance :

*Je déclare sur l'honneur  
que les renseignements  
ci-dessus sont exacts*

Date et signature du demandeur

**AEPGE, 4 rue Braque , Résidence Kennedy, 62000 ARRAS, tél:03 21 51 46 89**

Mail:aepge@wanadoo.fr

Site internet :  
www.aepge.fr

Facebook:gym aepge

Cours principal :

N°

Cours 2

N°

Cours 3

N°

Pour les cours n° 2 et 3  
selon la capacité des  
salles.