Adhésion 2027

30 € pour l'année

Nom

Prénoms

Date de Naissance

Adresse

Téléphone

Email

Merci de fournir un certificat médical attestant la non contre-indication absolue ou relative.
Envoyer le tout à l'association ou le donner à un membre de Marche et Rêve.

Fait à.....Le.....

Signature