

Inscription OJ Fully - Saison 2019-2020

Nom : _____ Prénom : _____

Filiation : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Téléphone maman ☎ : _____ Téléphone papa ☎ : _____

Adresse complète 📮 : _____

Abonnement de ski ❄ : ☐ Mon enfant ne possède pas d'abonnement.
☐ Abonnement 4 Vallées
☐ Abonnement Magic Pass
☐ Abonnement PASS Saint-Bernard
☐ Autre type d'abonnement : _____

Être inclus au groupe WhatsApp entre les parents et le comité OJ Fully : ☐ Oui ☐ Non

En cas de remboursement de sortie : ☐ Je ne souhaite pas être remboursé.
☐ Je souhaite être remboursé. (Veuillez compléter ci-dessous) :

N°IBAN et titulaire du compte : _____

SKI-CLUB CHAVALARD

Je soussigné(e) autorise mon enfant à faire partie du mouvement OJ Fully pour la saison 2019-2020 et ai pris connaissance du règlement : _____