

## DEMANDE D'ADMISSION

### ADULTES

Nom de famille	Prénom	N° de téléphone portable et fixe	Cotisation CHF 50.-
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____

### JUNIORS 6-19 ANS

merci de noter les coordonnées du représentant légal et un numéro de portable ci-dessus, sous « adultes »

Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Cotisation CHF 40.-
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ NP et lieu : \_\_\_\_\_

**RABAIS FAMILLE : CHF 10.- de réduction pour le 3<sup>ème</sup> membre et les suivants** - CHF \_\_\_\_\_ CHF \_\_\_\_\_

**TOTAL DES COTISATIONS EN FAVEUR DU SCLS** CHF  
=====

- J'autorise** le SCLS à utiliser les photos représentant les membres inscrits par ce formulaire.
- Je n'autorise pas** le SCLS à utiliser les photos représentant les membres inscrits par ce formulaire, si reconnaissables.

Nous vous remercions d'avance pour le versement du montant ci-dessus dans les 10 jours par virement e-banking (afin de nous éviter des frais bancaires) sur notre compte auprès de la Banque Raiffeisen, La Sarraz,  
SWIFT-BIC : RAIFCH22460  
IBAN : CH41 8046 0000 0541 4363 9

**Le soussigné confirme disposer d'une assurance accidents et en responsabilité civile pour l'ensemble des membres inscrits :**

Lieu et date	Signature (du représentant légal)
_____	_____

Nous vous remercions de compléter, signer et envoyer la présente demande d'admission au Comité à l'adresse suivante : [contact@sc-ls.ch](mailto:contact@sc-ls.ch)