

Comité des Oeuvres Sociales de la Ville d'Arles

ATTESTATION D'INSCRIPTION
À retourner au COS avec votre paiement
À partir du 7 octobre 2024
Jusqu'au 22 novembre 2024

À REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom et prénom : _____

Service : _____ Tél : _____

Si l'activité est suivie par une personne autre que l'adhérent(e) (enfants ou époux (se)) :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE CULTUREL

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Activité suivie : _____

TARIF DE L'ACTIVITE À L'ANNÉE HORS ADHESION :

_____ Euros

Date : ____/____/2024

Date : ____/____/2024

Signature de l'adhérent

Signature et Tampon du prestataire :

À REMPLIR PAR LE COS

Date : ____/____/2024

Coût pour l'adhérent : _____ €