



COTISATION CLUB SCIENCES

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

☐ déclare adhérer au règlement intérieur du club sciences de CONTRASTE et choisis de verser une cotisation du montant indiqué ci-dessous :

☐ 50 € (5 séances)

☐ 90 € (10 séances)

☐ 240 € (30 séances)

☐ déclare être adhérent de l'association CONTRASTE Loisirs Scientifiques et à jour de ma cotisation annuelle.

Date :

Signature :

Ce que j'attends de CONTRASTE (facultatif) :