



## PARTICIPATION ATELIER PASSERELLE – DAPAP 73

(De 3 mois à 1 an, non renouvelable)

Nom Prénom : .....

Adresse postale : .....

Téléphone : .....

Mail (pour recevoir la facture) : .....

Educateur(trice) APA Bouger sur Prescription rencontré(e) : .....

Date de l'entretien : .....

Fournir un certificat médical à votre enseignant APA

Coupon à envoyer accompagné d'un chèque de 20€ à l'ordre de : CDOSS

A l'adresse suivante :

DAPAP 73 – CDOS Savoie

Maison des Sports – 90 rue Henri Oreiller

73 000 CHAMBERY



## PARTICIPATION ATELIER PASSERELLE – DAPAP 73

(De 3 mois à 1 an, non renouvelable)

Nom Prénom : .....

Adresse postale : .....

Téléphone : .....

Mail (pour recevoir la facture) : .....

Educateur(trice) APA Bouger sur Prescription rencontré(e) : .....

Date de l'entretien : .....

Fournir un certificat médical à votre enseignant APA

Coupon à envoyer accompagné d'un chèque de 20€ à l'ordre de : CDOSS

A l'adresse suivante :

DAPAP 73 – CDOS Savoie

Maison des Sports – 90 rue Henri Oreiller

73 000 CHAMBERY

