

No Affiliation _____ Nom de l'action _____

Période où se déroule l'action du _____ au _____ Lieu _____

Détaillez précisément la liste des activités pratiquées dans le cadre des dispositifs fédéraux Ufolep

- ☐ AMR (A Mon Rythme) ☐ Cités Educatives
- ☐ Engagé.e
- ☐ Parcours Coordonné
- ☐ Primo Sport
- ☐ Séjours Socio Sportifs
- ☐ Société en Mouvement
- ☐ Toutes Sportives
- ☐ Ufo3S
- ☐ Ufogames
- ☐ Ufolep Playa tour
- ☐ Ufostreet
- ☐ Autres

nom prenom	date de naissance	adresse	code postal	ville	email
1	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
2	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
3	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
4	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
5	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
6	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
7	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
8	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
9	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
10	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
11	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
12	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
13	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
14	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				
15	<div><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</div>				