

S3 Paris

Nom de l'établissement

Identifiant

Fax de l'Établissement :

Secrétaire du S1 :

Trésorier(ère) du S1 :

mél du S1:

Bordereau N°				Date :			
	NOM	Prénom	Montant cotisation	Payée par Chèque Collectif	Payée par Chèque individuel	PAF	
				€	€	3 fois	5 fois
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montant du Chèque collectif							
Nb adhésions par mode de paiement							
Nb d'adhésions du bordereau							
Nb d'adhésions enregistrées							
dont		dans bordereau N°					
NB total d'adhésions							