



SEMESTRE

DISCIPLINE DUREE COURS min.

NOM & PRENOM

DATE NAISSANCE

ADRESSE

POSTFINANCE

BANQUE

IBAN

DATE

NOMBRE  
D'HEURES

DATE

NOMBRE  
D'HEURES

**NOMBRE TOTAL D'HEURES**

COLLABORATEUR/TRICE

Date

Signature

**A envoyer dans la semaine qui suit la fin des cours par mail : [SPORTS@UNIGE.CH](mailto:SPORTS@UNIGE.CH)**