

**FICHE D'INSCRIPTION**

Nom :

Prénom :

Date et lieux de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Mail :

Discipline : Niveau (*en années*) :

Problème médical à prendre en compte sur certificat\* OUI  NON

Entoure :



Compétition



\*Le certificat médical spécifique et l'autorisation parentale (pour les mineurs) sont obligatoires.

J'accepte de recevoir des offres commerciales, j'accepte l'utilisation de mon image. J'accepte de recevoir des soins par un médecin si nécessaire dans le cadre de l'activité.

J'ai lu le règlement intérieur et je l'accepte.

(de(s) représentant(s) légaux « si mineur)

Date :

Signature :

Payé le :

par :

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi