



NOM, PRENOM

DATE DE NAISSANCE ... / ... / ...

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

N° Téléphone (Fixe et Portable) :

Mail :

Renseignements médicaux (Asthme, blessures, ...)

.....

J'autorise le club à prendre et à diffuser des photographies me concernant OUI NON

J'autorise le Club, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant les soins médicaux à pratiquer.

SIGNATURE