

FICHE D'INSCRIPTION A AMITIE NATURE FONTAINE 2009 - 2010

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE.

Type de licence * : Annuelle Saisonnière (Assurance obligatoire)

Nom * :

Prénom * :

Date de naissance * : Format "jj/mm/aaaa"

Sexe * : M F Mettre une croix dans la bonne case.

Adresse * :

Code postal * :

Ville * :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Téléphone portable :

E-mail :

Assurance * : OUI NON Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix.

Si NON : **Fournir une attestation de votre propre assurance à l'inscription.**

N.B. : Les champs en gras avec une étoile sont obligatoires pour l'inscription.

Ces informations seront rentrées dans la base de donnée de la F.S.G.T. qui nous fournit les licences.

Pour la pratique de notre activité, et pour les assurances, **un certificat médical pour toutes nos activités est obligatoire**. (A fournir à l'association dans les plus brefs délais.)

En cochant cette case je reconnais avoir eu toutes les informations concernant l'utilisation de cette fiche ainsi que les conditions du contrat d'assurance si je l'ai prise.

Fait à : Fontaine

Le :

Signature :

Certificat médical fourni le :

SI RENOUELEMENT : N° LICENCE DE L'ANNEE PRECEDENTE :

FICHE D'INSCRIPTION A AMITIE NATURE FONTAINE 2009 - 2010

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE.

Type de licence * : Annuelle Saisonnière (Assurance obligatoire)

Nom * :

Prénom * :

Date de naissance * : Format "jj/mm/aaaa"

Sexe * : M F Mettre une croix dans la bonne case.

Adresse * :

Code postal * :

Ville * :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Téléphone portable :

E-mail :

Assurance * : OUI NON Mettre une croix dans la case correspondant à votre choix.

Si NON : **Fournir une attestation de votre propre assurance à l'inscription.**

N.B. : Les champs en gras avec une étoile sont obligatoires pour l'inscription.

Ces informations seront rentrées dans la base de donnée de la F.S.G.T. qui nous fournit les licences.

Pour la pratique de notre activité, et pour les assurances, **un certificat médical pour toutes nos activités est obligatoire**. (A fournir à l'association dans les plus brefs délais.)

En cochant cette case je reconnais avoir eu toutes les informations concernant l'utilisation de cette fiche ainsi que les conditions du contrat d'assurance si je l'ai prise.

Fait à :

Le :

Signature :

Certificat médical fourni le :

SI RENOUELEMENT : N° LICENCE DE L'ANNEE PRECEDENTE :