

FICHE D'INSCRIPTION A AMITIE NATURE FONTAINE

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE.

Saison : /

Type de licence * : Annuelle Saisonnière

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 : _____

A COMPLÉTER POUR LES LICENCES FAMILIALES

Deuxième Adultes

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 : _____

POUR CEUX QUI NE PEUVENT VENIR RECUPERER LEUR LICENCE, MERCI DE JOINDRE UNE ENVELOPPE TIMBRÉE AVEC VOTRE ADRESSE

A COMPLÉTER POUR LES LICENCES FAMILIALES

Enfant 1

Nom et Prénom * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Adresse * : _____

Code postal * : _____ Ville * : _____

Enfant 2

Nom et Prénom * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Adresse * : _____

Code postal * : _____ Ville * : _____

Enfant 3

Nom et Prénom * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Adresse * : _____

Code postal * : _____ Ville * : _____

Enfant 4

Nom et Prénom * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Adresse * : _____

Code postal * : _____ Ville * : _____

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.)

A COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT

Certificat(s) médical(s) fourni(s) le : _____

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.

Fait le :

à :

Signature obligatoire :