

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : M F

Nationalité :

Profession :

Section : SMH CRET EXT
 JUDO TAISO FITNESS COMBAT
 CARDIO PILATES YOGA

Compétition OUI NON

Grade judo :

Passeport sportif : OUI NON

CERTIFICAT MEDICAL

Date du certificat médical
(autorisation des CMED à partir de 2019/ mention en compétition dès 2014)

Attestation QS – SPORT OUI

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Pour les adhérents de moins de 18 ans

Allocataire CAF : OUI NON

Numéro d'allocataire : Quotient familial :

Nom du déclarant :

Profession du Père :

Profession de la Mère :

Commission animation OUI NON

TELEPHONE

Fixe
Mobile Adhérent
Mobile Père
Mobile Mère

E-MAIL

E-mail 1 :

E-mail 2 :

ADRESSE COURRIER

Nom si différent de celui de l'adhérent :

Adresse :

Code postal :

Ville :

JOURS ET HORAIRES DES ENTRAÎNEMENTS

Jour	Lieu	Horaire
LUNDI	BFB JPB
MARDI	BFB BFH QPV
MERCREDI	BFB BFH
JEUDI	BFB JPB CRE
VENDREDI	BFB
SAMEDI	BFB

DIVERS

.....
.....
.....