

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : M F

Nationalité :

Profession :

Section : SMH 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 2020/ mention en compétition dès 2015)

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 1 A M P

Mobile 2 A M P

Mobile 3 A M P

E-MAIL

E-mail 1 : A M P

E-mail 2 : A M P

ADRESSE POSTALE

Nom si différent de celui de l'adhérent :

Adresse :

Code postal :

Ville :

JOURS ET HORAIRES DES ENTRAINEMENTS

Jour	Lieu	Horaires
LUNDI	<input type="checkbox"/> BFB <input type="checkbox"/> JPB
MARDI	<input type="checkbox"/> BFB <input type="checkbox"/> BFH <input type="checkbox"/> QPV
MERCREDI	<input type="checkbox"/> BFB <input type="checkbox"/> BFH
JEUDI	<input type="checkbox"/> BFB <input type="checkbox"/> JPB
VENDREDI	<input type="checkbox"/> BFB

DIVERS:

.....

.....

.....