



RENOUVELLEMENT D'ADHESION ANNEE 2020 / 2021

Nom : Prénom :
N° Licence : Date de naissance :

Coordonnées si modification :

Adresse :
Code postal : Commune :
Mail :
N° Tél mobile : Fixe :

Règlement (par chèque à l'ordre de VISA 2000)

Banque :
N° de Chèque : Date :

Questionnaire médical (*) Certificat médical
Si réponse positive, le certificat médical est obligatoire daté du
(*) Ce document est rempli par vous, sous votre propre responsabilité.

Activités suivies en 2019/2020

Renouvelées en 2020/2021

-
-
-
-

Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

Date : Signature :

