



Inscription (adultes)

Saison 2023-2024

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone(s) :

Adresse mail :

Certificat médical de moins de 3 mois fourni : OUI NON

Si non, compléter "Questionnaire de santé pour majeur".

J'autorise la prise et parution de photos sur le site internet et réseaux sociaux du club et dans la presse (ex : composition des équipes et résultats) : **OUI NON**

Si vous ne donnez pas votre accord, merci de nous le confirmer par écrit (mail ou courrier).

Je certifie l'exactitude des données fournies sur ce document.

Date et signature :