



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR L'ECOLE DE SQUASH**

**Saison 2016/2017**

**JEUNE :**

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE Masculin Féminin ..... NE(E) LE : .....

NATIONALITE : .....

EMAIL : .....@.....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL : ...../...../...../...../.....

**LICENCE**

Nouvelle licence

Renouvellement de licence N° .....

Licence JEUNE = 22 € + Ecole = 3 x 55€

**Certificat médical à fournir obligatoirement à la demande de licence**

J'accepte de recevoir par email ou par courrier des informations provenant de la FF SQUASH

J'accepte de recevoir par email ou par courrier des informations provenant des partenaires de la FF SQUASH.

**REPRESENTANT LEGAL**

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE Masculin Féminin ..... NE(E) LE : .....

NATIONALITE : .....

EMAIL : .....@.....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL portable : ...../...../...../...../..... TEL domicile : ...../...../...../...../.....

**PERSONNES A PREVENIR (Noms et téléphones)**

1. ....

2. ....

3. ....

**MEDECIN TRAITANT (Nom et téléphone)**

.....

**ALERGIES OU AUTRE SIGNALEMENT MEDICAL**

.....

**DATE :** ...../...../...../...../.....

**SIGNATURE :**