



FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR L'ECOLE DE SQUASH

Saison 2014/2015

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 = 21 € + 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 :