

Charlaix' Scalade Inscription inovalidée 2012/2013

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de nos activités obligatoire.

Identité

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F Age : ____ ans
Nationalité : _____

Coordonnées

Adresse : _____
Code postal : ____ Ville : _____
Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
E-mail :

Personne à prévenir en cas d'accident

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Cotisation

Tarif négocié pour Inovalidée	136 € <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------

Niveau de pratique

Débutant(e) Débrouillé(e) Autonome Compétition (doit être spécifié sur le certificat médical)

Droit à l'image

J'autorise Je n'autorise pas l'association **Charlaix'scalade** à utiliser mon image sur son site web.

Acceptation

Fait à : _____ Le : _____ Signature de l'adhérent : _____

Charlaix'Escalade Inscription inoallée 2012/2013

*** Partie réservée au club (à imprimer en recto/verso) ***

Paieiment

Banque :

Numéro chèque(s) :

Réductions :

Encaissé :

Certificat médical

Nom du médecin :

Récupéré et agraphé :

Licence FFME

Inscription le :

Ou N° de licence si déjà licencié :

Attestation d'information assurance

Récupéré et agraphé :

Passeport escalade FFME

blanc jaune orange vert bleu violet rouge noir

AG de fin d'année

Envoi courrier

Envoi mail