

Nom.....Prénom.....

Date de naissance.....Profession.....

Adresse complète.....

.....

N° Tél. : **Adresse @mail :**

Ecrivez lisiblement votre adresse internet

TARIF DES LICENCES

(cochez la case vous concernant)

Adulte.....48 €

-25 ans43 €

2 ème Adulte / Féminine.....33 €

Dirigeant.....20 €

Important : POUR LES PRATIQUANTS ATHLETISME, COCHEZ LA CASE CI-DESSOUS

.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur....., certifie que M.....

Agé deans, ne présente aucune contre-indication à la pratique du

.....

.....

.....

Fait àLe

(signature et cachet)