



Multisports Adultes

2018 - 2019

N° :

Date :

Renseignements

Nom Prénom: _____

Nom de jeune fille : _____

Sexe : M F Né(e) le : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° sécurité sociale : _____

Contacts

Numéro de téléphone domicile : __ / __ / __ / __ / __

Numéro de téléphone urgent (portable si possible) : __ / __ / __ / __ / __

Adresse mail : _____ @ _____

Santé

Fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique multisports ou souhaitez-vous bénéficier d'un bilan de santé

Date _____ signature