

PHOTO

TRANSCENDANCE



FICHE D'INSCRIPTION 2023/2024

Licence n° :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

J'autorise Transcendance à communiquer mon adresse mail à la FFD oui/non

En cas d'accident, personne à prévenir :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Observations :

Adhésion

RDV Lundi

RDV. Mercredi

Paiement :

Mensuel :

Oct23

Janv24

Avr24

Nov23

Fév24

Mai24

Déc23

Mars24

Juin24

Trimestriel :

Oct23

Janv24

Avr24

Année

Je m'engage à fournir :

- 1 certificat médical

- 1 photo

Date et Signature