

PHOTO

TRANSCENDANCE



FICHE D'INSCRIPTION 2017/2018

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

RDV Jeudi

Paiement :

Mensuel :

Oct17

Janv18

Avr18

Nov17

Fév18

Mai18

Déc17

Mars18

Juin18

Trimestriel :

Oct17

Janv18

Avr18

Année

Je m'engage à fournir :

- 1 certificat médical si le dernier a +de 3ans

- 1 photo

Date et Signature