

PHOTO

# TRANSCENDANCE



## FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017

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 :**

Oct16

Janv17

Avr17

Nov16

Fév17

Mai17

Déc16

Mars17

Juin17

#### **Trimestriel :**

Oct15

Janv17

Avr17

**Année**

Je m'engage à fournir :

- 1 certificat médical

- 1 photo

Date et Signature