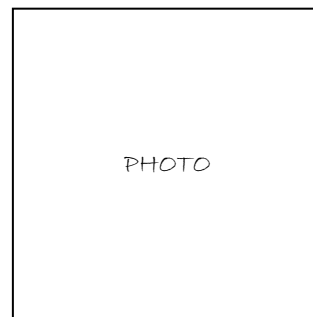




Phung Ho Vo Dao



Tiercé

2018/2019

Adultes

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT :

AGE :

NOM _____ TELEPHONE : _____

CERTIFICAT MEDICAL DELIVRE LE (obligatoirement après le 1er septembre) : _____

LICENCE :

185,00 €

CERTIFICAT

VO PHUC :

PHOTO

TAILLE (en cm) :

TOTAL

COMPETITION

OUI

NON

Mail : _____

Tout élève n'ayant pas remis un certificat médical et réglé sa cotisation à la date d'inscription ne pourra être accepté au cours (cause assurance).

J'autorise le club Phung ho vo dao à utiliser mon image : oui non

Fait à Tiercé le :
Signature

Responsable Viet-Vo-dao
Signature

AUCUN REMBOURSEMENT DE LA COTISATION NE SERA EFFECTUE APRES ENGAGEMENT.

Les paiements sont encaissés le 30 de chaque mois.