



# Phung Ho Vo Dao

PHOTO

**Tiercé**

**2021/2022**

**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 :

189,00 €

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.*

