

DEMANDE DE LICENCE(S)

	NOM Prénom	Ceinture	Date de naissance	Passeport (x 10,00 €)	Licence (x 40,00 €)	Adhésion (1)
1						
2						
3						
4						
5						
				Total		

bancaire(s) Nombre de mensualités* :

Espèces Chèque(s) vacances

 CAF

Chèque(s) à encaisser fin : 1) 6)

 2) 7)

 3) 8)

 4) 9)

 5) 10)

*** Les chèques sont déposés le 10 de chaque mois**

Régulé le :

Contact :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Code Postal : Commune :

Tél : Portable :

Courriel :

Personne à prévenir :

NOM : Prénom :

Lien de parenté : Tél ou Portable :

Médecin traitant :

NOM : Tél. :