

DEMANDE D'ADHESION CRENSOA SAISON 2018/2019

Mr - M^{me} **NOM** (en MAJUSCULES) :

N° /

PRENOM :

Date de naissance : / /

VALIDATION

OUI NON

Adresse :

Code postal :

localité :

Mail :

N°Téléphone :

Assurance complémentaire

Je souscris à la formule : 1 2 3

Je ne souscris pas à l'assurance complémentaire

Pour vous inscrire :

- Chèque
- Justificatif pour les Ayants droit
- Certificat médical ci-dessous rempli

Ayants droit :

Elève Carrière Sous contrat Civil de la Défense

Réserviste Retraité Famille de militaire en activité

Famille de civil de la Défense en activité

Famille de militaire et civil de la Défense en retraite

précisez le grade :

Je soussigné, (e) M/Mme/Melle _____, représentant légal de _____ reconnais avoir contracté une inscription le ___ / ___ /20___, au CRENSOA et m'engage par celle-ci à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'association et le règlement du ou des activités. Je suis informé que je peux les consulter à tout moment au secrétariat du club dans les locaux de la division EPMS de l'ENSOA.

*J'accepte / je n'accepte pas que le CRENSOA utilise des photographies dans le seul but de promouvoir le club (livret et site internet).

SIGNATURE DE L'ADHERENT

CERTIFICAT MÉDICAL VU PAR LE RESPONSABLE DE L'ACTIVITÉ : DATE ET SIGNATURE

AUCUN REMBOURSEMENT NE S'EFFECTUERA APRES LA SAISIE DE LA FICHE D'ADHESION.

