



NOM, PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .../.../...

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

N° Téléphone (Fixe et Portable) : .....

Mail : .....

Renseignements médicaux (Asthme, blessures, ...)

.....

J'autorise le club à prendre et à diffuser des photographies me concernant      OUI      NON

J'autorise le Club, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant les soins médicaux à pratiquer.

Etes vous adhérent dans une autre section de l'ASCM ?      OUI      NON

Si oui, dans quelle section avez-vous validé la carte ASCM ? .....

Si non, vous devez créer un compte sur le site de l'ASCM

**SIGNATURE**