



NOM : **Prénom**

Date de naissance :

Adresse :

.....

☎ fixe : **☎ portable :**

Mail (merci d'écrire très lisiblement) :

Nom / Prénom et téléphone d'une personne joignable si besoin :

.....

Cotisations : Tout âge : **120€** (60€ + 60€ de licence FFE)

Location de matériel : **30€**

Caution de matériel (ne sera encaissée qu'en cas de dégradation ou/et de non entretien du matériel) : **150€**

Certificat médical fourni le (valable 3 ans à compter de septembre 2017) :

Date et signature