

Contact : 06 78 71 47 47  
Mail : [asfbe@orange.fr](mailto:asfbe@orange.fr)  
Site internet : <https://asfbe.asptt.com/>

**FICHE INSCRIPTION SAISON 2023 / 2024**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

C.P. .... Commune : .....

Tél. Portable : ..... Fixe : .....

Adresse mail : .....

(Joindre 2 enveloppes timbrées pour les personnes n'ayant pas d'adresse mail).

Certificat Médical obligatoire valable 3 ans délivré le .....

Si vous avez déjà remis ce certificat médical, vous confirmez que votre santé n'a pas d'évolution contraire au document remis (Merci de vous reporter au Questionnaire Santé pour toute modification sur votre état de santé et que vous avez répondu NON à toutes les questions).

**Signature de(s) l'adhérent(e-s)**

Déjà remis  A remettre

Votre choix :

1ère activité : ..... Jour : ..... Montant ..... €

2ème activité : ..... Jour : ..... Montant ..... €

3ème activité : ..... Jour : ..... Montant ..... €

Couple : 1ère activité : ..... Jour : ..... Montant ..... €

Couple 2ème activité : ..... Jour : ..... Montant ..... €

Signature :

Date de votre inscription : .....