

C.M.S. L'ARBRESLE

A présenter rempli lors de la visite

Date:

Visite de Non Contre Indication Consultation autre

Nom: Prénom: Date de naissance:

Commune de résidence: Club:

Discipline(s) Sportive(s) (*Soyez précis*)

Téléphone Fixe:

Téléphone Portable:

Mail:

Nom du responsable Club
tampon et/ou signature

Nécessaire lors de la visite

Si vous avez besoin de certificats pour d'autres activités sportives remplir les lignes ci-dessous

Club : Discipline(s) :

Club : Discipline(s) :

Club : Discipline(s) :