

Demande d'adhésion

Nom: Prénom :.....

Date de naissance :..... à :.....

Adresse :.....

Ville :Code postal :.....

Tel privé :.....

TEL bureau :.....

Tel portable :

E-mail.....

Situation familiale :

Profession :.....

Observations :.....

L'adhérent déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

! Un Certificat Médical d'aptitude est obligatoire. !

Date.....

Le Président

L'adhérent

Dominique IAQUINTA