



AIKICLUB HEROUVILLE FFAAA

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOMPRENOM.....
 DATE DE NAISSANCE / / LIEU DE NAISSANCE.....
 NOM du responsable pour les mineurs

 ADRESSE.....

 CODE POSTAL.....VILLE
 TELEPHONE.....PORTABLE.....
 ADRESSE EMAIL.....@.....
@.....
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....
 NOM ET NUMERO DE MUTUELLE.....
 DATE DE LAPREMIERE INSCRIPTION DANS LE CLUB.....
 NUMERO DE LICENCE.....

SAISON	TARIF	Nature du paiement : <ul style="list-style-type: none"> • Nom émetteur chèque • CCAS • Cart@too • CE • liquide 	Médecin	Date CM
2014/2015				
2015/2016				
2016/2017				

