



FICHE DE RENSEIGNEMENTS NOUVEAUX ADHERENTS

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Mail :

(Ecrire lisiblement svp et merci de nous envoyer un mail avec pour objet vos nom et prénom pour ceux qui ont une adresse mail afin de vous identifier sans erreur, merci)

Profession :

Particularités de santé : (facultatif)

Pass sanitaire :

(Date de la dernière vaccination)

NOUS TRANSMETTRE RAPIDEMENT LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- Certificat médical obligatoire !!! valable 3 ans

Date du certificat :

- Attestation d'assurance responsabilité civile et corporelle

Télécharger sur le site de votre compagnie d'assurance ou à réclamer auprès de votre assureur

- Votre règlement : à l'ordre de « Corps en Accord »

Date d'inscription :

Signature