Fiche D'inscription



17/9/18	10/10/18	10/11/18	10/12/18	10/1/19	10/2/19	10/3/19	10/4/19	10/5/19	10/6/19
Répartitio	n du paieme	ent:							
Facture CE Montant Carte atouts Normandie : Montant Coupon Sport ANCV : Code Carte atouts Normandie :									
IOIAL.									
TOTAL:									
Jour	/Horaire cou	urs :	durée du d	cours	Tarif				
E-mail									
Civilité Nom		Nom	Prénom			Tél Domicile			
Date et sig	nature du sp	ortif ou repr	ésentant légo	al:					
	l/elle a rens des rubrique		stionnaire de	santé QS-S	port Cerfa N	1)15699*01	et a répond	u par la nég	ative à
Je soussigné M ou Mme , en ma qualité de représentant Légal de atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-Sport Cerfa N)15699*01 et a répondu par la négative à									
N°15699*		epondu par	Ia nėgative	a l'ensemble	des rubrique	es.			
Je soussigné M ou Mme , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.									
Questionnaire Santé pour ceux qui possèdent un certificat médical de plus d'1 an et moins de 3 ans autorisant la pratique du tennis dans le cas contraire un certificat médical sera nécessaire :									
Je certifie avoir lu et je m'engage à respecter la charte de bonne conduite du TCR									
Droit à l'im	age (accepto	ation de pho	tos sur le site	du club ou	dans le iourn	al local) :	oui	NC	n 🗀
N° Licence	(si la personi	ne a déja été	é licenciée)						
2eme Porto	able				ZUIIIG LI				
Tél Domicile Portable	9		E-mail 2eme Email						
T/I D					F*I				
Adresse									
Date Naiss					Nationa	lité			
Prénom									
Civilité Nom									
C1 -11 - 1									