|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERCLE D'ESCRIME DU PAYS DE GRASSE** | | | | | | | | |
| Catégories :   M23   Senior   Vétéran | | Règlements | | |  Chèques | |  Espèces | Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chèque 4 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cotisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Chèque 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Chèque 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_ | | Chèque 3 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| N° : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | N° : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | N° : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Prêt de matériel  (1ère Année) | Caution | Location Matériels  (2ème Année)   Masque   Veste | Prix   20€   20€ | | Date du certificat médical  \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | | |  QSport   QMédical |
|  Veste |  50€ |
|  Masque |  100€ |

*(Ne pas remplir : cadre réservé au secrétariat)*



PHOTO

## SAISON SPORTIVE 2023 - 2024

# INSCRIPTION ADULTE

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COORDONNEES

Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville de Naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d’accident :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas d’urgence, autorisez-vous le CEPG à prendre les dispositions nécessaires pour votre évacuation vers :

L’hôpital O OUI O NON

Une clinique O OUI O NON si oui, laquelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LICENCE

Sexe : O Masculin O Féminin

Latéralité : O Droitier O Gaucher

Nationalité : O Française O UE ou assimilée O Autre

Votre adresse internet sera transmise à la FFE pour qu’elle vous envoie votre licence numérique.

Acceptez-vous la publicité des partenaires de la FFE ? O Oui O Non

Le soussigné, s’engage à l’inscription à fournir une attestation médicale de non contre-indication à la pratique de l’escrime en compétition, accepte d’être dans le groupe Whatsapp et atteste avoir lu et approuvé le règlement intérieur du CEPG.

Fait à Grasse, le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_