

PHOTO

TRANSCENDANCE



FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

Licence n° :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

J'autorise Transcendance à communiquer mon adresse mail à la FFD oui/non

En cas d'accident, personne à prévenir :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Observations :

Adhésion

RDV Lundi

RDV. Mercredi

Paiement :

Mensuel :

Oct24

Janv25

Avr25

Nov24

Fév25

Mai25

Déc24

Mars25

Juin25

Trimestriel :

Oct24

Janv25

Avr25

Année

Je m'engage à fournir :

-l'attestation sur l'honneur ou 1 certificat
médical
-1 photo

Date et Signature