

PHOTO

TRANSCENDANCE



FICHE D'INSCRIPTION 2025/2026

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 ☐

Paie ment :

Mensuel :

Oct25 ☐

Janv26 ☐

Avr26 ☐

Nov25 ☐

Fév26 ☐

Mai26 ☐

Déc25 ☐

Mars26 ☐

Juin26 ☐

Trimestriel :

Oct25 ☐

Janv26 ☐

Avr26 ☐

Année ☐

Je m'engage à fournir :

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

Date et Signature