



SPORT SANTÉ

renouvellement : ☐

nouvelle adhésion : ☐

nom : nom de naissance :
prénom : nationalité :
date de naissance : situation professionnelle :
domicile :
code postal : ville :
téléphone :-.....-.....-..... email :
portable :-.....-.....-.....
traitement spécial (allergie, asthme etc..) OUI NON autre :
nom du médecin traitant :

Je déclare adhérer au Club d'Aviron Saintais et m'engage à me conformer aux statuts, au règlement intérieur et à respecter la charte de bonne conduite affichés dans le club house.

Je reconnais avoir pris connaissance des horaires d'entraînement de ma catégorie, des créneaux inhérents à mon niveau de pratique et des conditions générales d'utilisation des prestations offertes par le Club d'Aviron Saintais.

J'autorise le club à utiliser mon image pour la promotion interne du club.

À Saintes le :

signature

A fournir :

☐ frais d'inscription: 110 €

réglés par : chèque(s) ☐ réf banque : n°
espèces ☐

☐ CERTIFICAT MÉDICAL (tous les 3 ans)

À SAINTES le :

signature :