



# LICENCE 2021

SAINTLEUSURFCLUB@GMAIL.COM

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

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

ADRESSE: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

LIEU: \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT: \_\_\_\_\_

ALLERGIE: \_\_\_\_\_

TELEPHONE: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

TYPE DE LICENCE: PRATIQUANT: 30€ / COMPETITEUR\_COACH 40€

DISCIPLINE: \_\_\_\_\_

CERTIFICATS MEDICAL & PIECE IDENTITE à joindre avec la licence.

AUTORISATION PARENTALE: J'autorise en qualité de représentant légale du sportif.....à participer aux activités de l'association et aux compétitions.

Signature

ENJOY YOUR RIDE !!!

SLSC - 50 RUE GENERAL LAMBERT - BP3 - 97436