



LICENCE 2023

SAINTLEUSURFCLUB@GMAIL.COM

0693 81 29 92

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:

DATE DE NAISSANCE:

LIEU:

TELEPHONE:

EMAIL:

MEDECIN TRAITANT:

ALLERGIE:

TYPE DE LICENCE: PRATIQUANT COMPETITEUR COACH 50€

DISCIPLINE:

CERTIFICATS MEDICAL & PIECE IDENTITE à joindre avec la licence.

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

Signature

ENJOY YOUR RIDE !!!

SLSC - 50 RUE GENERAL LAMBERT - BP3 - 97436