



Nom : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Droitier Gaucher Ambidextre

Représentant légal : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____

Courriel : _____

Médecin traitant : _____ à : _____

Personnes à prévenir :

Nom/prénom	Tél	Tél

NE PAS REMPLIR

Matériel :

Veste		Masque	
Sous cuirasse		Arme + Fil de corps	
Pantalon		Bustier	

Paiement :

Détails :

Caution	
Gant	
Cours	
Licence	
Location	
TOTAL	

PIECES À FOURNIR	Certificat médical	Règlement intérieur signé	Photo	
------------------	---------------------------	----------------------------------	--------------	--

