

FICHE ADHESION

Valable jusqu'au 31 décembre 2026

N°: 33060480

Nom :	Prénom :	Licence :	Fédération :
Niveau :	Encadrement :	Autres Diplômes : Nitrox NConfirmé	Autre :
Date Naissance :	Ville :	CP :	Pays :
Adresse :		Ville :	Pays :
Téléphone :		Courriel :	

Total à payer :

Certificat médical* (Validité 1 an) :

Allergie aux médicaments (nom du médicament) :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone :

* Veuillez joindre votre certificat médical avec cette fiche d'adhésion merci

Restriction médicale :

Allergie à l'aspirine :

Date :

Signature :