



IDENTITE :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° de portable :

Email :

PREFERENCES CRENEAUX DE JEU :

Lundi soir

Vendredi soir

Lundi et/ou vendredi soirs

VOTRE NIVEAU DE JEU :

Débutant

Amateur

Confirmé

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS :

Je soussigné (e) : Père

Mère

Autorise mon enfant à pratiquer le volleyball au sein du club.

Signature :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR LE JOUR DE L'INSCRIPTION :

- Certificat médical (mention « compétition » obligatoire pour ceux qui souhaitent y participer)
- Chèque de cotisation de 65,00 € pour le « Loisir » et 85,00€ pour la « Compétition » à l'ordre de l'USB Section VOLLEYBALL

CONTACTS :

PAUTIGNY Luce : 06 19 87 61 09
boisleroi.volleyball@gmail.com

CAUDRILLIER Philippe: 06 95 43 66 99

