

Ecole Lissiloise d'Arts Martiaux

Saison sportive : _____ / _____



Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Photo

Mel 1 :

Mel 2 :

Contacts en cas d'urgence (par ordre d'appel)

Qualité	Nom	Prénom	Téléphone
---------	-----	--------	-----------

1

2

3

N° licence :

Date certif médical ou attestation : / /

Remarques :