

Ecole Lissiloise d'Arts Martiaux



Saison sportive : _____ / _____

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Photo

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

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

1

2

3

N° licence :

Date certificat médical : / /

Remarques :