



ASD TENNIS

1 photo
+
1 certificat
médical

Renseignements Elève École de Tennis

Nom : Prénom :

Né (e) le : À :

Adresse :

N° de téléphone : Mail :

Classement ou Niveau :

Cours école de tennis : OUI NON

Les disponibilités pour les cours :

.....
.....
.....
.....

Mesures En Cas D'Accident

Personnes à prévenir :

Nom : Tel. Dom. :

Tel. Prof. :

Nom: Tel. Dom.:

Tel. Prof. :

Lieu d'hospitalisation : Centre Hospitalier Clinique St Odilon

Groupe Sanguin : Allergies :

Autres précautions :

Fait à : le :

Signature :

Votre Avis Nous Intéresse !

Autorisez-vous votre enfant ou vous-même à être photographié ? **oui** **non**

Manifestations susceptibles d'être organisées par le club
Voyage à Roland Garros (Paris – tournoi du grand chelem) **oui** **non**

Vente de calendrier **oui** **non**