Demande d'inscription
N° de licence :

……

Je soussigné(e) : ……

Né(e) le : …… A :……

Adresse : ……...…….

Tél : ……...

Email : ……...

Médecin traitant : ……

En cas d'accident personne à prévenir et son téléphone : …….

ASSURANCE
La Fédération Française du Sport Travailliste vous informe avoir souscrit auprès de la Mutuelle Des Sportifs des contrats répondant aux obligations légales : Accord collectif n° 133N, Mutuaide Assistance, COVEA RISKS n°116-434-945.
Les notices d'informations vous seront remises en même temps que votre licence.
Vous reconnaissez avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire à titre individuel à des garanties complémentaires.

Saison	Date Certificat médical	Paiement par	Date et signature
2015/2016			