



# FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2023/2024

1ère INSCRIPTION

RENOUVELLEMENT

COMPLEMENT

*Merci de remplir l'attestation (suite à la lecture du questionnaire santé) qui se trouve au verso de cette fiche*

Réservé Club

NUMERO D'ADHERENT :

FACTURE POUR C.E

BENEVOLE

## ACTIVITE

Nom	Prénom	Nationalité
Date de naissance	/ / à	
ADRESSE	N° RUE	
	CODE POSTAL	VILLE
@ Email en majuscule	.....	

J'adhère - Je n'adhère pas à l'assurance complémentaire (rayer la mention inutile)

STATUT	Droit accès siège CSAM	Signature de l'adhérent ou de son représentant légal
<input type="checkbox"/> Militaire en activité / Réserviste <input type="checkbox"/> Famille de militaire en activité / réserviste <input type="checkbox"/> Civil de la Défense en activité <input type="checkbox"/> Famille de civil de la Défense en activité <input type="checkbox"/> Retraité de la Défense <input type="checkbox"/> Famille de retraité de la Défense	11,50 € <b>DEFENSE</b>	J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du CSAM et certifie l'exactitude des renseignements fournis.  <b>DATE ET SIGNATURE :</b>
<input type="checkbox"/> Naval Group <input type="checkbox"/> Extérieur à la Défense	16,50 € <b>HORS - DEFENSE</b>	

### RESERVE CLUB

PIECE A FOURNIR	VISA du responsable de section
<input type="checkbox"/> Justificatif "Défense" <input type="checkbox"/> Certificat médical (moins d'un an) OU attestation au verso <input type="checkbox"/> 2 Photos d'identité <input type="checkbox"/> Carte " Etudiant" ( jusqu'à 26 ans) Application du tarif moins de 18 ans	

MONTANT DE L'ADHESION		MODE DE REGLEMENT
Droit accès siège CSAM (frais de gestion)		Avec N° dossier .....
Licence FCD ( ASAM / CNMC / Les Goelands ) <small>entourer le club pour notifier où la licence est déjà prise</small>	<b>18,50 €</b>	CHEQUE(S).....
Cotisation section		CHEQUE(S).....
Badge		CHEQUE(S).....
Autre :		ANCV / ATOUT NORM SPOT 50/PASS SPORT.....
Affiliation a la fédération de tutelle:		ESPECES.....
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b> .....



# ATTESTATION DE SANTE POUR LES MAJEURS

AU VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE  
A LA FEDERATION DES CLUBS DE LA DEFENSE

**(Ne pas joindre le questionnaire de santé)**

Je soussigné M/Mme

Prénom : ..... Nom : .....

**Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.**

Date : .....

Signature