



Membre associé

1^{ère} adhésion Renouvellement N° de licence :
 Demande de licence suite à mutation oui non
 Si oui, association quittée

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr..... certifie que
 Bénéficiaire :(Nom, Prénoms).....
 Né(e) le :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la voile traditionnelle en compétition.

Date de l'examen :

Signature et Cachet :

IDENTITE DU BENEFICIAIRE

NOM : Sexe : M / F
 Prénoms :
 Né(e) le : Nationalité :
 Profession :
 Adresse :

 Ville : Code Postal :
 Téléphone Fixe : Mobile :
 Mail :

CATEGORIE saison 2014 - 2015

Commissaire Membre Organisation FYRM Sécurité
 Autre :

ATTESTATION

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

LE BENEFICIAIRE

le :

Nom Prénom et signature

Les données recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitements et de gestion des licenciés. Elles sont destinées à la FYRM. Conformément à la loi « Informatique et Libertés », le bénéficiaire a un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations le concernant.. Il peut exercer ses droits et obtenir communication des informations le concernant en s'adressant à le FYRM par courrier ou par mail.