



FICHE D'ADHESION

09/2024 à 09/2025

LICENCÉ(E)

NOM	Né (e) le	Licence n°.....
Prénom	à	(si déjà affilié à la FFA)

COORDONNÉES

Adresse :	Tél :	Courriel :
-----------	-------	------------

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT

NOM : Prénom : Tél :

CERTIFICAT MEDICAL

A joindre obligatoirement à la FICHE D'ADHESION
Le certificat médical est valable 3 ans.

En date du :

MODALITE D'ADHESION

Adhésion adulte pour 1 ans 150 € <input type="checkbox"/>	Règlement par virement bancaire en date du
Adhésion adulte pour 3 mois 70 € <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire : Cercle Aviron Oléronais
Règlement exclusivement par virement	IBAN : FR76 1170 6320 1656 0157 9803 947
	Intitulé du virement : VOTRE NOM + ANNEE

Je déclare adhérer à l'association Cercle d'Aviron Oléronais.

Je m'engage à me conformer aux statuts et règlement portés à ma connaissance.

Fait à
Le

Signature :