



DEMANDE D'ADHESION



Association N°
Date

N° de licence
Nom Prénom
Né(e) le à Nationalité
Adresse

Code Postal Ville
Téléphone Téléphone portable
Courriel

Signature du titulaire ou représentant légal :

Certificat médical

A remplir par le médecin examinateur ou joindre un certificat médical séparé

Je soussigné(e),
Docteur :

N° ordre (ADELI) :

Certifie avoir examiné :

et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la
pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à le

Cachet et signature du médecin :