



A.C.H.S.L.

Association Culturelle et Sportive de l'Hôpital Saint-Louis

Club Football St Louis

RESERVE ADMINISTRATION

SAISON /

Paris le,

COMPTABILITE

N° DE LICENCE

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE SEXE M

TRAVAILLEZ-VOUS DANS UN HOPITAL OUI NON

SI OUI (Hôpital et service)

ETES VOUS DANS UN CLUB NON OUI N° DE LICENCE

UN CERTIFICAT MEDICAL (*) DE MOINS D'UN AN EST OBLIGATOIRE POUR PRATIQUER LE FOOTBALL

(*) la présentation d'une d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du football en compétition est obligatoire pour s'inscrire.

ADRESSE

CP VILLE

DATE
Le,.....

SIGNATURE