



**BADMINTON DU BOUT DU MONDE
PLOUARZEL**

**SAISON 20...-20...
INSCRIPTION ADULTE**

Prénom et nom du badiste:.....
Date de naissance:.....
Adresse:..... Code postal:.....
Commune:.....
Téléphone fixe:..... Téléphone portable:.....
Adresse e-mail (écrire en majuscule):.....

Fait à, le

Signature:

Signature du président du club:

Le club décline toute responsabilité en cas de blessure ou accident lors d'une quelconque activité ayant un rapport avec le badminton à Plouarzel (entraînements, matchs, trajets...)

- J'autorise le BBMP à utiliser des photos de moi dans le cadre de l'illustration de son site web www.bbmp.fr (choix par défaut)
 Je n'autorise pas le BBMP à utiliser des photos de moi dans le cadre de l'illustration de son site web www.bbmp.fr

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin)

Je, soussigné Dr, déclare que
est apte à la pratique du badminton.

Fait à le.....

Signature ou cachet du médecin:

Cadre réservé au club

Mode de paiement: Chèque Espèce

Banque:.....

Numéro de chèque:.....

Nom du titulaire du compte:.....

Date de réception du chèque:.....

Date d'encaissement du chèque:.....