



Cadre réservé au CSMF

- . Montant chèque : €
- . Chèque transmis :
- . Carte faite :
- . Renouvellement :
- . Dossier traité par :
- . Date réception dossier : / /

- . Date du certificat médical : / /

- Adhérent ATSCAF (réduction 5 euros)
N° adhérent :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018

- Mr Mme :

Prénom :

Date de Naissance :

Direction ou Service :

Adresse administrative :

Mail (professionnel de préférence) :

Catégorie : A B C (cocher la case correspondante)

Personnel :

Administratif

Site fréquenté : cocher la ou les case(s) correspondante(s)

<input type="checkbox"/> Bellan	<input type="checkbox"/> Dunois	<input type="checkbox"/> Ivry	<input type="checkbox"/> Paganini	<input type="checkbox"/> Bercy multi-activités	<input type="checkbox"/> Seniors	<input type="checkbox"/> Karaté
---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------------

Pièces à fournir :

- Certificat médical de - 3 mois à fournir **si nouvelle inscription.**
- Règlement à l'ordre du « CSMF »
 - Si renouvellement* : carte adhérent CSMF
 - Si 1^{ère} inscription* : 1 photo d'identité
 - Si adhérent ATSCAF* : présenter la carte

Attestation questionnaire médical à remplir par l'adhérent(e) déjà inscrit(e) en 2017

J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport.

Fait le / /

A.....

Signature de l'adhérent(e)

J'autorise le CSMF à la prise et à la diffusion (à des fins non commerciales) de photographies et/ou de vidéos me représentant.

Signature :

Site internet : www.csmfinances.fr

☎ 01.53.18.20.84