



Photo
Obligatoire

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse

.....

.....

RESPONSABLE LÉGAL :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Mail :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

.....

.....

Allergies éventuelles connues :

.....

.....

.....

Déjà licencié FFTIR : ☐ oui ☐ non

Si oui, numéro de licence FFTIR :

PARTIE RESERVÉE AU CLUB

Catégorie :

N° de Licence :

Discipline :

N° de l'arme :

Jour d'entraînement :

Compétition : Oui Non