FICHE D’INSCRIPTION BBHC

2020-2021

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Code Postal: Ville:

Adresse mail:

Téléphone :

Inscription : Nouvelle (35€) - Renouvellement (25€)

**Personne à contacter en cas d’accident**

Nom : Prénom :

Adresse : Téléphone:

Médecin traitant : Téléphone:  
Précisions particulières (allergies, problème de santé) :

J’atteste par la présente avoir eu connaissance du règlement intérieur de l’association BBHC et d’en accepter les conditions.

**Signature**

**Inscription validée = Fiche d’inscription signée +certificat médical + cotisation.  
 Pour les ados, autorisation parentale.**