

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Enfant / adulte	
Adresse (N° rue, code postal, ville)	
Téléphone	
Téléphone (si urgence)	
A signaler (santé, autre)	
Mail	
Tarif (base, réduit)	
Tarif cotisation + cours	
Tarif cotisation seule	
Clé (si nouvel adhérent)	
TOTAL	
Niveau / années de pratique	
Indisponibilités	
Mode de règlement	
Num chèque / échelonnement	



>> MINEUR : QUESTIONNAIRE DE SANTE

>> MAJEUR : CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION A
LA PRATIQUE DU TENNIS YC EN COMPETITION !