



Dossier de renseignement

LICENCE GYMNASTIQUE ARTISTIQUE

Siège social et secrétariat

190 rue Frédéric Mistral

06560 Valbonne

Tél : 04/92/94/33/43

Fax : 04/92/94/33/44

Cov.valbonne@wanadoo.fr

www.cov-valbonne.org

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NATIONALITE : _____

ADRESSE : _____

EMAIL : _____

(Ecrire lisiblement)

TELEPHONE : DOMICILE : _____

TRAVAIL : _____

PORTABLE :

MERE : _____ PERE : _____

IMPORTANT ! Votre licence ne sera prise qu'à partir de l'obtention de certificat médical.



VILLE DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS



Liste des documents à fournir

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AU SPORT

Siège social et secrétariat
190 rue Frédéric Mistral
06560 Valbonne
Tél : 04/92/94/33/43
Fax : 04/92/94/33/44
Cov.valbonne@wanadoo

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur, Madame, Mademoiselle : _____

Né(e)) le : _____

Et n'avoir décelé aucun signe de contre-indication à la pratique de la gymnastique en compétition.

Date :

Signature :

Cachet :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : _____

Autorise le Club Omnisports de Valbonne à transporter

Mon enfant : _____

Pour se rendre sur le lieu des compétitions en cas d'organisation de transports.

Date : _____

Signature :

