



NOM DE L'ADHERENT : _____ PRENOM : _____ SEXE F/M : _____

DATE de NAISSANCE _____ LIEU de NAISSANCE : _____ NATIONALITE : _____

ADRESSE

RUE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

Téléphone : _____ ADRESSE MAIL _____

Demande mon adhésion à l'Espérance Sportive de Stains et m'engage à régler la cotisation annuelle mentionnée ci-dessous.

Montant de la COTISATION : € Montant de la LICENCE €

Divers : € **Total à régler :** €

Date de REGLEMENT	Montant	Type de règlement C> chèque espèces CAF CV>chèque ANCV	Date de dépôt du chèque

Je soussigné(e) **AUTORISATION PARENTALE**

NOM / PRENOM
Agissant en qualité de représentant légal TELEPHONE

J'autorise l'E.S.STAINS à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident.
 Je n'autorise pas

DOMICILE **Date & signature**