



INSCRIPTION SPORT SANTE SENIOR

Noms : **Prénom**

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Certificat médical :

Choix d'activités :

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Sport Boules santé | <input type="checkbox"/> | Marche nordique | <input type="checkbox"/> |
| Tir à l'arc | <input type="checkbox"/> | Tennis de table | <input type="checkbox"/> |
| Golf | <input type="checkbox"/> | Gym adaptée | <input type="checkbox"/> |
| Badminton | <input type="checkbox"/> | Mini Tennis | <input type="checkbox"/> |
| Vélo «avec ou sans assistance électrique» | <input type="checkbox"/> | Kayak | <input type="checkbox"/> |

Fait à Dives s/m le

Signatures