



Semelles de Vent Bohars



| | | |
|-----------|-------|-----|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Né(e) le | | |
| Adresse | N° | Rue |
| | Ville | |
| Téléphone | | |
| E-mail | | @ |

| Formule A | Formule B | Formule C |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Semelles de Vent | Semelles de Vent | Semelles de Vent |
| Formule de base | F.F.A | Complémentaire |
| Garanties | Garanties de base | Garanties |
| Décès : 15 245€ | Décès : 40 000 € | Décès : 60 980€ |
| I.P. : 30 490€ | Déficit Fcel. permanent : 125 000€ | I.P. : 121 960€ (10% franchise) |
| Frais de soins : 763€ | Frais de soins : Selon réglementation | Frais de soins : 7622 € |
| Frais de recherche : 763€ | | Frais de recherche : 762 € |
| Cotisation annuelle | Cotisation annuelle | Cotisation annuelle |
| 25€ | 95€ | 200€ |
| * | | |

* Je coche la formule que je désire souscrire (A, B ou C).

Fait à Bohars le :

Signature :

Fiche d'inscription complétée à retourner par courrier ou à remettre à un membre du bureau, accompagnée du certificat médical et du règlement.

| Semelles de Vent | |
|------------------|------------------|
| | Club FFA 029 052 |
| | Nom : |
| Photo | Prénom : |
| | Né(e) le : |
| | Catégorie : |
| | |

| | |
|--|-------------|
| Je soussigné Docteur : | |
| Certifie avoir examiné Mme, Melle, Mr : | |
| | Agé(e) de : |
| <i>Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'athlétisme en compétition et/ou la course à pied en compétition.</i> | |
| Fait à : | Le, |
| Cachet et signature du Médecin | |