

2024 2025

Adhésion Semelles de Vent Bohars

NOM		
PRENOM		
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
40€	100€	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		Je soussigné Docteur :	
SAISON 2024 2025	Club FFA 029 052	Certifie avoir examiné Mme, Melle, Mr :	
	Nom :		Agé(e) de :
	Prénom :	<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>	
Photo	Né(e) le :	Fait à :	Le,
	Catégorie :	Cachet et signature du Médecin	
			