

Service Universitaire des Activités Physique et Sportives

FICHE D'INSCRIPTION COMPETITION 2017-2018

ATTENTION : Dans le cas où le dossier serait incomplet, aucune inscription ne sera possible.

INFORMATIONS PERSONNELLES (à remplir par l'étudiant)

Veuillez écrire en majuscules S.V.P.

Nom : _____ N°étudiant (8 chiffres) : _____

Prénom : _____ Né (e) le : _____

Téléphone : _____ Sexe : F M

Adresse postale : _____

code postal : _____ Ville : _____

Mail : _____

Est boursier (e) de l'enseignement Supérieur : Oui Non

Cachet de Réception

J'ai pris connaissance que la cotisation annuelle de la compétition était non remboursable.

Signature de l'étudiant :

COTISATION COMPETITION (ne rien écrire, à remplir par le SUAPS)

Cotisation annuelle Compétition : 30 € 20 € (si inscription en pratiques physiques non notées)

Acquittée le : ____/____/____ Mode paiement : Chèque

Espèces

INFORMATIONS MEDICALES (ne rien écrire, à remplir par le SUAPS ; joindre l'original du certificat médical)

Sport(s) autorisé(s) : _____ Date du certificat médical : ____/____/____

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tous | <input type="checkbox"/> Foot | <input type="checkbox"/> Tae Kwon Do |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Basket | <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Tennis de Table |
| <input type="checkbox"/> Beach Volley | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Trail (course nature) |
| <input type="checkbox"/> Boxe Anglaise | <input type="checkbox"/> Karaté | <input type="checkbox"/> Ultimate (Frisbee) |
| <input type="checkbox"/> Boxe Française | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Volley |
| <input type="checkbox"/> Escalade | <input type="checkbox"/> Rugby | <input type="checkbox"/> V.T.T. |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

Je soussigné(e), _____, m'engage à pratiquer uniquement les activités notifiées sur mon certificat médical.

Signature de l'étudiant :

A remplir par le SUAPS

Observations : _____