

Nom de l'association et/ou de l'établissement :

.....

1° licencié

Nom & coordonnées

Mme Mlle Mr Nom : _____
Prénom : _____
Nationalité : Française Etrangère : Date de naissance : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Tél. : _____ E-mail :@.....

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputation supérieure | <input type="checkbox"/> Tétraplégie | <input type="checkbox"/> Infirmes Moteur Cérébral | <input type="checkbox"/> Nanisme |
| <input type="checkbox"/> Amputation inférieure | <input type="checkbox"/> Poliomyélite | <input type="checkbox"/> Handicap neurologique | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Amputation inf. et sup. | <input type="checkbox"/> Déficiant visuel | <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Déficiant auditif | <input type="checkbox"/> Myopathie | <input type="checkbox"/> Valide |

2° licencié

Nom & coordonnées

Mme Mlle Mr Nom : _____
Prénom : _____
Nationalité : Française Etrangère : Date de naissance : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Tél. : _____ E-mail :@.....

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputation supérieure | <input type="checkbox"/> Tétraplégie | <input type="checkbox"/> Infirmes Moteur Cérébral | <input type="checkbox"/> Nanisme |
| <input type="checkbox"/> Amputation inférieure | <input type="checkbox"/> Poliomyélite | <input type="checkbox"/> Handicap neurologique | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Amputation inf. et sup. | <input type="checkbox"/> Déficiant visuel | <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Déficiant auditif | <input type="checkbox"/> Myopathie | <input type="checkbox"/> Valide |

3° licencié

Nom & coordonnées

Mme Mlle Mr Nom : _____
Prénom : _____
Nationalité : Française Etrangère : Date de naissance : _____
Adresse : _____
CP : _____ Ville : _____
Tél. : _____ E-mail :@.....

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amputation supérieure | <input type="checkbox"/> Tétraplégie | <input type="checkbox"/> Infirmes Moteur Cérébral | <input type="checkbox"/> Nanisme |
| <input type="checkbox"/> Amputation inférieure | <input type="checkbox"/> Poliomyélite | <input type="checkbox"/> Handicap neurologique | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Amputation inf. et sup. | <input type="checkbox"/> Déficiant visuel | <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Déficiant auditif | <input type="checkbox"/> Myopathie | <input type="checkbox"/> Valide |

Tarif dégressif en fonction du nombre de licences prises

de 01 à 20 licences	: 14 €
de 21 à 40 licences	: 12 €
de 41 à 60 licences	: 11 €
de 61 à 80 licences	: 9 €
de 81 à + licences	: 5 €

Nb licences Tarifs A régler

x = €

Nom du responsable des licences :	Cachet de l'association
Date : _____	
Signature : _____	
Date de réception à la F.F.H. : _____	