****

 **Fiche d’inscription FCD CSAG 2019 / 2020**

**SECTION : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Renouvellement : Non si Oui (***voir au verso pour plusieurs membres de la famille***)**

**Nom : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Epouse\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Prénom : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Lieu de naissance : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Date de naissance : \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Sexe : H F Nationalité : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Adresse : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Portable : \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ Fixe : \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/ \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_**

**Courriel : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Personnel des Armées en activité (17€) :**

**OFF S/OFF MDR CIVIL Volontaires du RSMA **

**Personnel des Armées en non activité  ou autre (17€) :**

 **Réserviste / Retraité militaire**

 **Retraité civil du MINARM**

 **Famille**

 **Personnel extérieur au MINARM**

*1 adhérent ayant-droit = 1 parrainage de personne non-ayant droit*

**Demande de laisser passer : Oui Non**

***(Joindre la carte verte et la carte grise + photo OBLIGATOIREMENT).***

**Date du certificat médical : \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**RENSEIGNEMENTS à fournir en cas de RENOUVELLEMENT D’ADHESION pour un ou plusieurs membres d’une même famille.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION** | **NOMS PRENOMS** | **Date et lieu de Naissance** | **SEXE** | **Date du certificat médical** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Signature de l’adhérent  Signature du chef de section :**

**reconnaissant avoir pris connaissance des statuts**

**et du règlement intérieur du (ou des clubs d’adhérence) :**