



ADHÉSION À FO XV

Nom :

Prénom :

né(e) le :

Adresse personnelle :

Code postal :

Commune :

Tél mobile :

Tél professionnel :

Email :

Cochez la case correspondante : Syndicat :

Union Départementale :

Fédération :

Secteur confédéral :

Entreprise :

Je souhaite adhérer à l'association FO XV en tant que (cochez la case correspondante) :

membre actif joueur* ou **membre actif supporter**

** le membre actif joueur doit obligatoirement fournir un certificat médical autorisant la pratique du rugby ou signer la décharge, ci-dessous, désresponsabilisant l'association. Une assurance dommage est souscrite pour les membres actifs joueurs.*

J'adresse le montant de l'adhésion annuelle par chèque libellé au nom de : FO XV, à :

FO XV - 46 rue des Petites Ecuries - 75010 PARIS

En adhérant, je m'engage à accepter intégralement les statuts de l'association FO XV.

Date :

Signature :

Décharge à remplir par les membres actifs joueurs

Je, soussigné,

, né le , membre actif joueur décharge de toute responsabilité l'association FO XV pour tous les dommages matériels ou corporels que je peux éventuellement subir consécutivement à la pratique du rugby dans le cadre des activités de la dite association.

Date :

Signature :