

RENSEIGNEMENTS – CARTE D’ADHESION 2019-2020

carte valable du 1^{ER} SEPTEMBRE 2019 au 31 Août 2020

<u>TITULAIRE DE LA CARTE ASCL</u>	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
<input type="checkbox"/> Salarié(e) de l’Hôpital <input type="checkbox"/> Retraité(e) de l’Hôpital <input type="checkbox"/> Extérieur(e)	Service : Fonction : Section sportive :
Tel portable :	Tel service :
Date de naissance :/...../.....	Mail :
<u>CONJOINT</u>	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	
<u>ENFANT(S) A CHARGE (jusqu’au 18 ans de l’enfant)</u>	
Nom et prénom	Date de naissance
/...../.....
/...../.....
/...../.....
/...../.....
/...../.....
/...../.....
/...../.....