ASSOCIATION

8 POOL ROCHEFORTAIS

Nom de l'établissement :	
Adresse :	
CP & Ville :	
Téléphone :	
Mail de l'établissement :	

Saison 2023 / 2024

ÉQUIPE

N° de l'équipe :	
Division de l'équipe :	
Nom du Capitaine :	
N° Portable Capitaine :	
Mail Capitaine :	

NOMS	PRÉNOMS	NAT	N° TEL (Obligatoire)	SEXE	DATE NAISSANCE	N° LICENCE	EMAIL (Obligatoire)

**La date de naissance est obligatoire, aucune licence ne sera délivrée sans.*
Les joueurs doivent avoir plus de 16 ans au moment de la demande de licence.

***Vous êtes responsable de l'exactitude des informations que vous nous fournissez.*
Vous certifiez n'avoir aucune contre-indication médicale à la pratique du Billard.

Tarifs :

	joueurs à	=	**€**
+	***engagement Équipe***	=	**€**
+		=	**€**
	MONTANT TOTAL =		**€**

Votre délégué AFEBAS :

TOUT JOUEUR LICENCIÉ RECONNAÎT AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'INTÉGRALITÉ DU RÈGLEMENT AFEBAS ET DÉCLARE, PAR CETTE DEMANDE DE LICENCE, EXPRESSÉMENT L'ACCEPTER SANS RÉSERVE ET S'Y CONFORMER.