

# SOCIÉTÉ TREMBLADAISE DE TIR

Ne pas  
coller  
la photo

2024

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE RESIDENCE PRINCIPALE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

ADRESSE RESIDENCE SECONDAIRE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE PORTABLE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

N° de licence :

Date et signature de l'adhérent :

---

Pièces à nous fournir :  
**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AU TIR, COPIE PIERCE D'IDENTITE,  
PHOTO ET JUSTIFICATIF DE DOMICILE RECENTS.**