

SOCIÉTÉ TREMBLADAISE DE TIR

Ne pas
coller
la photo

2025

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 PIECE D'IDENTITE,
PHOTO ET JUSTIFICATIF DE DOMICILE RECENTS.**