



DiscGolf Origin a.s.b.l.  
Rue Joseph Wauters  
49 5100 JAMBES  
BCE 0793.809.594

## Affiliation – Bulletin d’inscription 2023

Je soussigné(e) .....

Né(e) le .....Demeurant à : .....

TEL/GSM : .....

E-mail : .....@.....

Contact en cas d’urgence : .....

Régime/Information de santé : .....

Autres affiliations sportives en cours ? .....

Droit à l’image (Biffez la mention inutile):                    **OUI**                    **NON**

Un certificat médical d’aptitude à la pratique du Discgolf est obligatoire, veuillez le faire remplir par votre médecin et nous le remettre dès que possible.

CAT (Entourer la cat. voulue) :

**PRO Open**

**PRO Women**

**PRO Master**

**Amateur**

**Junior**

Montant à verser sur le compte: **Banque CBC - BE29 7320 6866 7664** au nom de **Discgolf Origin asbl**

**PRO/AM/Junior 90€**

N° PDGA (Si existant) : #.....

Document à remettre lors des séances d’entraînements ou par mail à [info@discgolforigin.be](mailto:info@discgolforigin.be)

**« Par la présente je m’engage à respecter l’association, ses activités, ses objectifs et son règlement d’ordre intérieur »**

Date

Nom + Signature



DiscGolf Origin a.s.b.l.  
Rue Joseph Wauters  
49 5100 JAMBES  
BCE 0793.809.594

## Affiliation – Autorisation parentale 2023

Je soussigné(e) .....

Demeurant à : .....

TEL/GSM : .....

E-mail : .....@.....

Autorise ma fille, mon fils .....

Date et lieu de naissance : .....

Demeurant à : .....

TEL/GSM : .....

Autres affiliations sportives en cours ? .....

Droit à l'image (Biffez la mention inutile):                      **OUI**                      **NON**

Autorise mon enfant à adhérer à l'Association Discgolf Origin a.s.b.l. pour la saison 2023.

Rem : Si votre enfant est soumis à un régime médical voir nutritif nécessitant une attention particulière, merci de l'indiquer ci-dessous.

Un certificat médical d'aptitude à la pratique du Discgolf est obligatoire, veuillez le faire remplir par votre médecin et nous le remettre dès que possible.

Bulletin d'inscription à **Discgolf Origin** pour la saison 2023, joint à ce document.

A remettre lors des séances d'entraînements ou par mail à [info@discgolforigin.be](mailto:info@discgolforigin.be)

Date

Nom + Signature du responsable légal



DiscGolf Origin a.s.b.l.  
Rue Joseph Wauters  
49 5100 JAMBES  
BCE 0793.809.594

## ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e).....docteur en médecine, certifie que

Madame/Monsieur,.....

Né le.....à.....

Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant à la pratique du Discgolf en compétition.

Fait à .....

Le .....20.....

Cachet du médecin et Signature

