



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

Affiliation – Bulletin d’inscription 2024

Je soussigné(e)

Né(e) leDemeurant à :

TEL/GSM :

E-mail :@.....

Contact en cas d’urgence :

Autres affiliations sportives en cours ?

Faites-vous partie d’un club d’Ultimate Frisbee ? **OUI** **NON**

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

Un certificat médical d’aptitude à la pratique du Discgolf est obligatoire, veuillez faire remplir par votre médecin le document joint 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€

Taille T-shirt/polo :

N° PDGA (Si existant) : #.....

Pour les affiliations à la PDGA, veuillez nous contacter.

Document à remettre lors des séances d’entraînements ou par mail à 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 2024

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 ?

Faites-vous partie d'un club d'Ultimate Frisbee (réduction assurance)?

OUI

NON

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 2024.

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 a.s.b.l.** pour la saison 2024, joint à ce document.

A remettre lors des séances d'entraînements ou par mail à 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.

Régime/Information de santé :.....

Fait à

Since 1987

.be

Le20.....

Cachet du médecin et Signature