



NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse postale : .....

.....

Téléphone portable : .....

Téléphone fixe : .....

Adresse Mail : .....

Certificat médical (date) :

Cotisation sans kayak 120€ :

avec kayak 60€ :

sympathisant 15€ :

Accepte la diffusion de son image par NUNIVAK :

Lu et approuve le règlement de fonctionnement :

Date	Signature