

ASSOCIATION PORT THOMAS PLAISANCE 35

ANNEE :

MEMBRE :            SOCIETAIRE                            SYMPATHISANT  
                          ADHESION                                        READHESION

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE FIXE :

TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE RESIDENCE PRINCIPALE :

ADRESSE RESIDENCE SECONDAIRE :

JE SUIS TITULAIRE D'UN EMPLACEMENT DE MOUILLAGE, JOINDRE :

- ATTESTATION ANNUELLE D'ASSURANCE
- COPIE DE LA CARTE D'IDENTIFICATION DU NAVIRE

NOM DU BATEAU :

LONGUEUR :

IMMATRICULATION :

J'AUTORISE L'APTP 35 A COMMUNIQUER MON NUMERO DE PORTABLE AUX AUTRES MEMBRES DE L'ASSOCIATION :    OUI /    NON (rayer la mention inutile)

DATE

SIGNATURE