

## NÉCESSAIRE

- 1 - UNE PHOTOCOPIE R/V DE LA CARTE D'IDENTITÉ NATIONALE DU PARTICIPANT.
- 2 - UNE PHOTOCOPIE DE LA LICENCE / UN CERTIFICAT MÉDICAL\* (POUR LES NON LICENCIÉS)

**\*\*\* TOUT DOSSIER INCOMPLET SE VERRA REFUSÉ \*\*\***

**7 joueurs maximum par équipe (5 joueurs + 2 remplaçants)**

Un tuteur sera exigé pour chaque équipe : il sera responsable du versement de la participation (10€ par joueurs) ainsi que de l'encadrement de ses joueurs.

**LES ÉLIMINATOIRES AURONT LIEU LUNDI 10 ET MARDI 11 AVRIL 2017**

Le Five Porte de la Chapelle - 32, Rue Moussorgski - 75018 PARIS

**NOM / PRÉNOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

(ENTRE LE 1ER JANVIER 2001 ET LE 31 DÉCEMBRE 2003)

**ADRESSE :** .....

**CODE POSTAL :** ..... **VILLE :** .....

**N° TÉLÉPHONE :** .....

**EMAIL :** .....

**LICENCIÉ AU CLUB DE :** .....

(LAISSER VIDE SI NON LICENCIÉ)

Je soussigné M / Mme ..... certifie avoir pris connaissance des conditions de participation, et autorise mon fils ..... à participer au tournoi Impulstar.

**COORDONNÉES DU RESPONSABLE :** .....

### **SIGNATURE DU REONSABLE\* ET DU PARTICIPANT**

(LES CERTIFICATS MÉDICAUX PEUVENT ÊTRE ENVOYÉS APRÈS LE DOSSIER, OU RAMENÉS DÈS LE JOUR DE L'ÉVÈNEMENT)

RESPONSABLE

PARTICIPANT

**MERCI D'ADRESSER VOS COURRIERS ET MAILS AUX ADRESSES SUIVANTES :**

COURRIER : ASSOCIATION IMPULSIA - 3 RUE DE NOYON - 95100 ARGENTEUIL / EMAIL : BALLEAUPIED@GMAIL.COM