

NOM	PRENOM	Date de Naissance	Dépt / Service	Bâtiment	Poste téléph.

Adresse (domicile) :

Numéro carte **ASCEA 2017** : ..... Email bureau :

Membre de droit :  Agent CEA  Stagiaire  Conjoint  Enfant  Retraité  
 Tarif : **9 Euros**

Membres conventionnés :  ITER  
 Tarif : **9 Euros**

Membre associés :  Entreprise : .  
 Extérieur  
 Tarif : **14 Euros**

**Obligatoire : joindre un certificat médical ou photocopie d'une "licence Sportive" 2016-2017**

Je certifie: a) que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts ;

b) avoir pris connaissance des informations concernant l'assurance individuelle complémentaire MAIF « **I.A Sport +** »

à Cadarache, le :

Signature

Ne rien inscrire dans ce cadre

**Paiement** :  Espèces  
 Chèque : (banque ..... n° ..... )  
 à l'ordre de l'ASCEA section Triathlon-Trail-Athlétisme

**Obligatoire** :  certificat médical  
 photocopie d'une licence sportive 2016/2017