

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