



Inscription Groupe compétitions

Nom :

Prénom :

Age :

Téléphone :

**Je soussigné(e) : _____ autorise
à participer au cours de surf avec l'école de surf de méditerranée .**

**Le dimanche matinée ou après midi en fonction des conditions
météos**

Problèmes médicaux à signaler :

Plus d'information au 0668912786

Signature :