ENREGISTREMENT DES ATHLETES

Photo

***REGROUPEMENT SPORTIF INTERNATIONAL DE YAOUNDE, 24 AU 29/04/ 2023***

*Informations Générales*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom (Name):  |  |
| Prénoms (Last Name) : |  |
| Sexe | Masculin Feminin  |
| Date de naissance (DOF) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ |
| Nationalité |  |
| Discipline sportive (Athlétisme, Football) |  |
| Numéro Passeport et date d’expiration | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ |

*Contact*

|  |  |
| --- | --- |
| ADRESSE |  |
| Télephone  |  |
| Fax |  |
| Email |  |

*Informations sur les parents ou tuteurs (Parents informations)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Addresse |  |
| Télephone  |  |
| Fax |  |
| Email |  |
| Relation |  |
| Signature |  |

INFORMATION DU MEDECIN CONSULTANT (Clinics informations) :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Specialité médicale (Doctor speciality) |  |
| Address (ville, boite postale, pays) |  |
| Teléphone (inc code du pays) |  |
| Fax |  |
| Email |  |
| Signature medécin consultant |  |

 ***Taux de participation (fee per person) : 150 Euros/Personne à payer en totalité avant le 14 avril 2023.***

Remplir cette fiche et la renvoyer aux adresses suivantes : jaleokol@yahoo.fr ou el\_sadrack@yahoo.fr

***Bienvenus à Yaoundé au Cameroun !***