

FICHE DE RENSEIGNEMENT ADHERENT OMS*
CULTIV'FORM 2026/2027

N° adhérent :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Mail :

N° Téléphone :
Délivrée le :

Valable jusqu'au 25/07/2027

Je m'engage à fournir un certificat médical m'autorisant
à pratiquer l'activité musculation

***Informations strictement confidentiels et non
diffusées !**

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENT ADHERENT OMS*
CULTIV'FORM 2026/2027

N° adhérent :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Mail :

N° Téléphone :
Délivrée le :

Valable jusqu'au 25/07/2027

Je m'engage à fournir un certificat médical
m'autorisant à pratiquer l'activité musculation

***Informations strictement confidentiels et non
diffusées !**

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENT ADHERENT OMS*
CULTIV'FORM 2026/2027

N° adhérent :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Mail :

N° Téléphone :
Délivrée le :

Valable jusqu'au 25/07/2027

Je m'engage à fournir un certificat médical m'autorisant
à pratiquer l'activité musculation

***Informations strictement confidentiels et non
diffusées !**

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENT ADHERENT OMS*
CULTIV'FORM 2026/2027

N° adhérent :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Mail :

N° Téléphone :
Délivrée le :

Valable jusqu'au 25/07/2027

Je m'engage à fournir un certificat médical
m'autorisant à pratiquer l'activité musculation

***Informations strictement confidentiels et non
diffusées !**

Signature :