



FORMULAIRE DE TRANSFERT

NOM: _____
PRÉNOM: _____
ADRESSE: _____
VILLE: _____
CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: ____ - ____ - ____
DATE DE NAISSANCE: (AA/MM/JJ) ___ / ___ / ___
ASSURANCE MALADIE: _____
ASSOCIATION LOCALE: _____
ASSOCIATION RÉGIONALE: _____

ASSOCIATION DEMANDÉE: _____
CATÉGORIE: _____ CLASSE: _____
MOTIF DU TRANSFERT: _____ _____ _____
SIGNATURE DE LA JOUEUSE: _____ DATE: ___ / ___ / ___

J'AUTORISE LE TRANSFERT: <input type="checkbox"/> JE REFUSE LE TRANSFERT: _____
SIGNÉ À: _____
DATE: ___ / ___ / ___ SIGNATURE: _____
PRÉSIDENT OU REGISTRAIRE DE L'ASSOCIATION LOCALE _____
Nom en lettre moulées

J'AUTORISE LE TRANSFERT: <input type="checkbox"/> JE REFUSE LE TRANSFERT: _____
SIGNÉ À: _____
DATE: ___ / ___ / ___ SIGNATURE: _____
PRÉSIDENT OU REGISTRAIRE DE L'ASSOCIATION RÉGIONALE _____
Nom en lettre moulées