



**PASS'SPORT 2024 2025 REIMS HANDISPORT**  
**Tous les champs sont obligatoires !**

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
NATIONALITE	
ADRESSE	
TELEPHONE	
EMAIL	
PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
HANDICAP	
AUTONOMIE (Besoin d'accompagnateur)	OUI NON
TRAITEMENT MEDICAL	
DROIT À L'IMAGE	OUI NON
JUSTIFICATIF DE PAIEMENT	OUI NON
ACTIVITE 1 CHOISIE (activité / jour / horaire)	
ACTIVITE 2 CHOISIE (activité / jour / horaire)	
COÛT TOTAL PASS'SPORT	<b>10 €</b>

**Merci de joindre obligatoirement un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités choisies !**