**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 | **10 €** |

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