



Bulletin d'inscription au championnat par équipes du TCMSJ

Je soussigné :

Nom

Prénom

Date et lieu de naissance

Tel Fixe

Tel GSM

Adresse mail :

Classement :

Equipe TCMSJ 1 ou Equipe TCMSJ 2

Remarque : L'équipe TCMSJ Classement minimum 30/2

Numéro de licence :

Date du certificat médical :

Médecin traitant

Certifie être en possession d'un certificat médical permettant la pratique du tennis en compétition et m'engage à participer aux rencontres de championnat par équipes avec le TCMSJ.