

Formulaire Adhésion CNM

NOM				Prénom	
NOM de naissance					
Civilité	M. / Mme	date de naissance		Adresse1	
sexe	M / F	lieu de naissance		adresse2	
téléphone		Portable		adresse3	
Email				Code Postal	
Nationalité		Spelunca	O / N	Ville	
Assurance	1 - 2 - 3	Certificat médical	O / N	Profession	
Reconnais avoir choisi l'option 1 - 2 - 3 de l'assurance fédérale (rayer les mentions inutiles) après lecture des propositions de contrat					
Formulaire à retourner avec le règlement (voir grille tarif) à : CNM 30 rue Robert Guerlin - 60870 BRENOUILLE (contact : nuit.minerale@free.fr)				Signature	