



GOLF CLUB SAINT MARTIN
 La Baisse de Raillon
 13310 SAINT MARTIN DE CRAU
 E - mail : golfcsm@wanadoo.fr
 Tél/fax: 04 90 47 00 65
 site : www.golfclubsaintmartinois.com

COTISATIONS ET TARIFS D'ABONNEMENT - ANNÉE 2012

1 - COTISATION ET LICENCE F.F.G. (obligatoire)

	Du 1er janvier au 31 décembre	du 1er Septembre au 31 décembre
ADULTE né avant 1987 (+25 ans)	170.00 €	
JEUNE Adulte (né de 1987 à 1993 inclus)(19 à 25 ans)	86.00 €	
Jeune né de 1994 à 1999 inclus (13 à 18 ans)	65.00 €	
Enfant né à partir de 2000 inclus (- 13 ans)	33.00 €	
Collégien licencié U.N.S.S. GOLF	24.00 €	
Couple	280.00 €	

- Envoyer à l'adresse ci-dessus cette fiche de renseignements et le certificat médical (voir verso) complétés et signés.

Tout dossier incomplet sera systématiquement retourné

- Établir le chèque au nom de "Golf Club Saint Martin"

NOM : Prénom :

Date de naissance : N° de téléphone :

Adresse :

Adresse e-mail :@.....

(Adressez-nous un mail à notre adresse afin de connaître votre e-mail exact)

ou *si vous n'avez pas Internet*, joindre **10** enveloppes timbrées à vos nom et adresse

N° de licence : Index actuel :

2- COTISATION pour joueur licencié EXTERIEUR au club Subordonnée à un TRANSFERT de licence auprès de la F.F.G.

Adulte : 121 € Jeune Adulte: 60 € Jeune : 50 € Couple : 180 €

Nom :Prénom :N°licence :



Fédération Française de Golf

Certificat médical
De non-contre indication à la pratique du golf

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

M. Mme Mlle :
.....

âgé(e) de Ans, et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de
signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du golf.

N° de licence FFGolf	N° de Club
-----	-----

(Mentions obligatoires figurant sur votre licence)

Cachet du Docteur

Date :

Docteur :

Important : Pour être enregistré, votre certificat médical doit comporter
obligatoirement vos numéros de licence et de club qui figure
votre licence FFGolf.

Conseil : Nous vous recommandons de conserver une copie de votre
certificat médical.