



Groupement Autonome des Sports et Loisirs

43, Rue Notre Dame de Lorette  
88000 EPINAL  
gaslvosges@gmail.com  
www.gasl.fr

SAISON 2\_\_/2\_\_

**DEMANDE DE NOUVELLE LICENCE  
ATTESTATION JOUEUR  
VISITE MEDICALE**

Je soussigné Mr \_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_ souhaite  
signer pour la saison 2\_\_/2\_\_ avec le club de :

PHOTO

**CARROSSERIE DEODATIENNE/ MERCIER-DAVID**

Fait le .....à.....

Signature du joueur

Signature du dirigeant

Visite médicale effectuée le.....  
**APTE A LA PRATIQUE DU FOOT-BALL EN COMPETITION**  
(Ou certificat médical joint)

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

**Pièces jointes :**

- 1 photo d'identité
- 1 photocopie de carte d'identité ou permis de conduire
- Dérégation mineur (18 ans durant la saison) : une autorisation parentale pour jouer au sein du GASL