athlétisme AUVERGNE RHÔNE-ALPES

INFORMATION

DEMANDE D'ANNULATION DE LICENCE

Document à retourner à contact@athletisme-aura.fr

Je soussigné(e) ……

Nom et prénom

Agissant en qualité de …….

Fonction au sein du club

Demande l'annulation de la licence numéro __ __ __ __ __ __ __ **dont le titulaire se nomme :**

Nom : …… **Prénom** : …….

Catégorie : EA – BE – MI – CA – JU – ES – SE – VE Nationalité : ……

Type licence saison en cours : __ __ __ __

Actuellement licencié au club : ……N° du club : __ __ __ __ __ __

Motif de la demande d'annulation : …….

…….

…….

Signature du licencié	
Signature du Président du club	

Patrick PENICHON
Président CSR AURA

PARTENAIRES MAJEURS
La Région Auvergne-Rhône-Alpes
AGENCE NATIONALE DU SPORT
AG2R LA MONDIALE
Carsat Rhône-Alpes