



INSCRIPTION CROSS D'ENTRAINEMENT

DU.....à.....

CENTRE de

SECTION JSP de.....

Nom du Responsable.....Tel. :.....

CATEGORIE.....

NOM PRENOM	Date de naissance	Date d'entrée au Corps	Date visite médicale

Fait à.....le.....

Signature chef de centre ou Président de la section

A renvoyer 8 jours avant l'épreuve

Au centre organisateur