



AS GOLF DE KERBERNEZ  
asgkbz@gmail.com

## LICENCE ET/OU ADHESION AS 2025

NUM LICENCE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

VILLE & CODE POSTAL :

DATE DE NAISSANCE :

CATEGORIE GOLF :

TEL FIXE OU MOBILE :

MAIL :

DATE DERNIER CERTIFICAT MEDICAL :

*(Joindre à la présente demande)*

QUESTIONNAIRE MEDICAL 2025 et ATTESTATION à joindre à la présente demande

*Le certificat médical initial est valable 3 ans, sous réserve de licence renouvelée sans interruption, et de réponse annuelle au questionnaire de sante (toutes réponses négatives)*

*Questionnaire médical à renseigner sur le site de la FFGolf – Espace Licencié ou à joindre aux présentes*

POUR 2025, Je souhaite :

- Adhérer ou renouveler ma licence
- Adhérer ou renouveler mon adhésion à l'Association Sportive du Golf

| CATEGORIE                  | MONTANT LICENCE FF GOLF | MONTANT ADHESION AS | TOTAL |
|----------------------------|-------------------------|---------------------|-------|
| Adulte (+ 25 ans)          | 61 €                    | > 25 ans            | €     |
| Jeune Adulte (19 à 25 ans) | 37 €                    | • individuel = 30 € | €     |
| Jeune (13 à 18 ans)        | 25 €                    | • Couple = 50 €     | €     |
| Enfant (<13 ans)           | 22 €                    | <26 ans = 8€        | €     |

Montant du chèque joint (à l'ordre de l'AS Golf Kerbernez) :

Date :

Signature :