

## FORMULAIRE DE PREPARATION A LA SAISIE DES LICENCES PASS'SPORTS

Ce document vous permet de collecter les informations nécessaires à la saisie de vos licences Pass'Sports afin de les reporter plus facilement sur l'outil « Licences en Ligne ».

Civilité : <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle		Type Pass'Sport : <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 10 jours	
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Nationalité :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Handicap : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<input type="checkbox"/> Amputé supérieur <input type="checkbox"/> Amputé inférieur <input type="checkbox"/> Amputé inférieur & supérieur			
<input type="checkbox"/> Paraplégique <input type="checkbox"/> Tétraplégique <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Déficient visuel			
<input type="checkbox"/> Infirmes moteur Cérébral <input type="checkbox"/> Handicap neurologique <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique			
<input type="checkbox"/> Myopathie <input type="checkbox"/> Nanisme <input type="checkbox"/> Déficient auditif <input type="checkbox"/> Autre			

Civilité : <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle		Type Pass'Sport : <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 10 jours	
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Nationalité :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Handicap : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<input type="checkbox"/> Amputé supérieur <input type="checkbox"/> Amputé inférieur <input type="checkbox"/> Amputé inférieur & supérieur			
<input type="checkbox"/> Paraplégique <input type="checkbox"/> Tétraplégique <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Déficient visuel			
<input type="checkbox"/> Infirmes moteur Cérébral <input type="checkbox"/> Handicap neurologique <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique			
<input type="checkbox"/> Myopathie <input type="checkbox"/> Nanisme <input type="checkbox"/> Déficient auditif <input type="checkbox"/> Autre			