



FEUILLE D'INSCRIPTION CHAMPIONNAT D'AFRIQUE DE COMPAK SPORTING 28 – 29 Fevrier 2020 Victoria Falls (<i>Zimbabwe</i>)	ENTRY FORM AFRICAN CHAMPIONSHIP OF COMPAK SPORTING 28 – 29 February 2020 Victoria Falls (<i>Zimbabwe</i>)
--	---

N° de licence / *Federation membership number* :

Civilité / *Male or female*:

Nom / *Last name* :

Prénom / *First name*:

Date de naissance / *Date of birth* :

Adresse email personnelle :

Choisissez un Mot de Passe / chose a *Password* :

Adresse / *Address* :

Code Postal / *Postcode* : Ville / *City* :

Etat / *State* :Pays / *Country* :

Nationalité / *Nationality* :

Téléphone / *Phone Number* :

Mobile :Fax :

DIVERS / GUN AND AMMUNITION TO BE USED (*obligatoire*):

Marque et modèle du fusil / *make and model of shotgun*

Calibre du fusil / *Caliber of shotgun* :

Longueur du canon du fusil / *Barrel length* :

Marque de cartouches à plomb préférée / *Favourite make of shotshells* :.....

(*) Je confirme avoir pris connaissance du fait que la FITASC n'était plus en mesure de me fournir une assurance Responsabilité Civile Personnelle. Dans ces conditions, je m'engage à souscrire directement ou par l'intermédiaire de ma fédération une assurance Responsabilité Civile Personnelle couvrant toutes garanties durant les entraînements et la compétition à laquelle je m'inscris.

(*) I confirm having read that FITASC was no longer able to provide me Personal Civil Liability insurance. In these circumstances, I commit myself to subscribing directly or through my federation a Personal Civil Liability insurance covering any guarantee during the trainings and the competition which I enter.



FEUILLE D'INSCRIPTION CHAMPIONNAT D'AFRIQUE DE COMPAK SPORTING 28 – 29 Fevrier 2020 Victoria Falls (<i>Zimbabwe</i>)	ENTRY FORM AFRICA CHAMPIONSHIP OF COMPAK SPORTING 28 – 29 February 2020 Victoria Falls (<i>Zimbabwe</i>)
--	--

Nom / Name :

Prénom / First Name

MONTANT DES ENGAGEMENTS / REGISTRATION FEE :

Senior, Veteran, Super Veteran, Dame / lady : 210,00 €
Junior : 130,00 €

PAIEMENT / PAYMENT :

MASTER CARD : VISA :

Numéro de la Carte de Crédit / Credit Card Number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'expiration / Expiry date:

		/		
--	--	---	--	--

**3 derniers chiffres du cryptogramme mentionné au dos de la carte /
The 3 last figures of the cryptogram on the back of the card:**

--	--	--

Nom / Name :

Retourner les deux feuilles remplies / *Send back both completed forms:*

- soit par fax au / either *by fax to* : **+33 1 42 93 58 22**
- soit par courrier à / or *by letter to* : **FITASC / 10, rue Médéric / F-75017 PARIS**

L'inscription sera effective dès que le paiement sera enregistré par la banque, et vous pourrez vérifier votre inscription sur le site Internet www.fitasc.com.

The entry will be effective as soon as the payment is recorded by the bank, and you will be able to check your entry on web site www.fitasc.com.

SIGNATURE :