**MATCH OM /:**  **SAISON 2024/2025**

**A REMPLIR A L’ORDINATEUR**

**CENTRE ou FOYER****:**

**PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP : FAUTEUIL / MARCHANT (Rayer la mention inutile)**

**NOM** **:** **Prénoms** **:**

**ADRESSE :**

**TELEPHONE :**

**E.MAIL:**

**ACCOMPAGNATEUR**

**NOM :** **Prénoms :**

**ADRESSE :**

**TELEPHONE :**

**E.MAIL:**

**Joindre :**

1. **La photocopie de la carte d'invalidité recto/verso**
2. **La photocopie de la carte d'identité de l'accompagnateur**
3. **Le règlement par chèque (au verso les noms des P.S.H et accompagnateurs) pour l’OM et pour l’HANDIFAN CLUB OM**

**A ENVOYER A L’ADRESSE : HANDIFAN CLUB OM - 32 RUE DE LA NERTHE 13180 GIGNAC LA NERTHE.**

**NB : Toute demande incomplète sera automatiquement rejetée.**

**Siège : HANDIFAN CLUB OM - Centre Commercial les pins**

**38,Allée des pins - 13009 MARSEILLE - 06 21 72 02 75 - 04 91 76 43 99**

**Site : handifanclubom.org - adresse mail : handifanclubom@orange.fr**