

NOM

PRENOM DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE E-MAIL @

PROFESSION

Nombre d'années de pratique Aïkido : _____ Grade (Kyu, Hakama, x Dan) : _____

Je donne mon accord pour figurer sur des photos prise lors de cours ou stages, à des fins promotionnelles de l'aïkido.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurances proposées notamment concernant les garanties complémentaires (documents remis ou affichés) et je choisis :

Garantie de base

Option 1

Option 2

Signature de l'adhérent (obligatoire)

Comment avez-vous choisi notre club ?

Site internet Publicité Mairie

Relations personnelles Proximité Démonstration

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR

Je soussigné(e)

autorise mon fils, ma fille (1)

à pratiquer l'Aïkido et à être licencié(e) auprès de la Fédération Française d'Aïkido, Aïkibudo et Affinitaires 11 rue Jules Vallès 75011 PARIS.
Autorise, n'autorise pas (1) l'enseignant à prendre toutes mesures jugées utiles par lui-même en cas d'accident.

N° téléphone des parents : Domicile

Bureau

Portable

Lieu où doit être dirigé l'enfant (CHU, clinique, etc...) :

SIGNATURE DES PARENTS

CADRE RESERVE AU CLUB

DATE D'INSCRIPTION :

RECEPTIONNEE PAR :

Règlement Ch Es p Montants : Ch1 Ch2 Ch3 Ch4 Ch5

Certificat Médical Observations

N° LICENCE

Saisie fichier le

(1) rayer les mentions inutiles