

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