

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2019-2020

Renouvellement Nouvelle inscription

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

E-mail (en majuscule) : _____

Profession : _____

Parrainé par : _____

1 Photo d'identité Certificat médical

DISCIPLINES

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> JUDO | <input type="checkbox"/> KICK / K1 | <input type="checkbox"/> KRAV MAGA |
| <input type="checkbox"/> JUJITSU Adultes | <input type="checkbox"/> MUAY THAI | <input type="checkbox"/> SELF DEFENSE ED. |
| <input type="checkbox"/> JUJITSU Enfants | <input type="checkbox"/> BOXE Enfants | <input type="checkbox"/> CROSS TRAINING |
| <input type="checkbox"/> PENCAK SILAT | <input type="checkbox"/> AERO KICK | |

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et l'accepter dans sa totalité. Je prends acte que je ne serai autorisé à participer aux cours qu'après avoir impérativement satisfait à toutes les obligations ci-dessus mentionnées. Je prends note que **la cotisation est non remboursable**.

MONTANT COTISATION : _____ REGLEMENT LE : _____

	Echéance	Montant		Echéance	Montant
1			4		
2			5		
3					

EMETTEUR DU CHÉQUE : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

Certifie que : _____

Ne présente aucune contre-indication médicale apparente l'empêchant de pratiquer (cochez la (les) mention(s) utile(s)) :

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> JUDO | <input type="checkbox"/> KICK / K1 | <input type="checkbox"/> KRAV MAGA |
| <input type="checkbox"/> JUJITSU Adultes | <input type="checkbox"/> MUAY THAI | <input type="checkbox"/> SELF DEFENSE ED. |
| <input type="checkbox"/> JUJITSU Enfants | <input type="checkbox"/> BOXE Enfants | <input type="checkbox"/> CROSS TRAINING |
| <input type="checkbox"/> PENCAK SILAT | <input type="checkbox"/> AERO KICK | |

Par ailleurs, la personne sus-citée est apte à participer :

- À l'entraînement Aux compétitions

Fait à : _____ le : _____

CACHET + SIGNATURE DU MEDECIN