



Fiche d'inscription

Saison 20..... – 20.....

N° de licence :

Cette feuille est à nous retourner **impérativement** en début de saison, datée et signée, accompagné du paiement (Date limite fin septembre).

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Date et signature du pratiquant
ou du responsable légal :

Adresse email :

Téléphone (obligatoire) :

J'accepte d'être ajouté(e) au groupe Whatsapp  sur lequel seront transmises toutes les informations concernant le club. oui non

Comment avez-vous découvert le club ?

Informations importantes :

En l'absence du professeur, le cours est annulé.

En cas d'absence de votre part, merci de prévenir un responsable du club.

Tarifs :

Enfants : 2017-2014 : 60 €, 2013-2010 : 80 €

Adultes : Aïkibudo + initiation Kobudo : 110 €

Aïkibudo + Kobudo avec licence : 130 €

Kobudo seul avec licence : 60 €

Préparation physique : 80 €

Réductions :

PASS SPORT (-50€)

FAMILLE 1 (-10€) (2 inscrits)

FAMILLE 2 (-20€) (3 inscrits) ...

Certificat médical :

Pour les pratiquants ayant déjà un passeport, le certificat est à compléter dans celui-ci.

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que l'adhérent nommé ci-dessus peut pratiquer l'Aïkibudo et le Kobudo à l'entraînement, en stage et en démonstration.

Cachet, date et signature du médecin :

Le club n'est pas responsable des éventuels dommages subis par les adhérents en dehors des heures de cours.

Droit à l'Image

Pour tous les pratiquants :

Je soussigné(e) autorise :

la diffusion de mes photos ou de mes vidéos de celle de mon/mes enfant(s) dans le cadre strict de la vie associative et promotionnelle du club :

- sur la page Facebook  du club ou du CID ABARA (ligue) oui non
- sur la page Instagram  du club oui non
- sur le blog du club  <https://aikibudovelay.over-blog.com/> oui non
- sur les pages officielles nationales ou régionales de l'Aïkibudo oui non

Intervention médicale sur un mineur :

Je soussigné(e) autorise :

à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avérerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté (si toutefois nous n'arrivons pas à vous joindre).

Fait à :

Le :

Signatures :