



# 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 :