



ETAT CIVIL :

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE : LIEU : AGE :
 ADRESSE :
 CODE POSTAL : VILLE :
 N° TEL FIXE : N° TEL MOBILE :
 ADRESSE MAIL :

1^{er} INSCRIPTION : OUI NON RENOUELEMENT : OUI NON
 N° DE LICENCE :

TARIFS/COTISATION :

COTISATION INDIVIDUEL ADULTE : /an
 COTISATION INDIVIDUEL ENFANT : /an
 LICENCE FFAB : /an

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) autorise mon
 enfant..... à participer
 aux cours d'Aïkido et je dégage de toutes responsabilités civiles et pénales la section AIKIDO et ses
 dirigeants et m'interdis tous recours.
 J'autorise le CLUB à utiliser la photo de mon enfant pour les besoins administratifs et promotionnels
 du club.
 DATE: SIGNATURE:

ASSURANCE - SANTE:

Personne à prévenir en cas d'urgence:
 NOM:.....TEL.....
 Groupe Sanguin :
 Autorisation d'évacuation par les pompiers, médecins, ambulances en cas d'accident : OUI / NON*.
 Pathologie et ou traitement

Je déclare avoir été informé sur l'assurance fédérale dont je bénéficierai en tant qu'adhérent-licencié ainsi que
 des formules de garanties complémentaires.

Je soussigné déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de
 la section AIKIDO et m'engage à le respecter. Aussi, je dégage de toutes responsabilités pénales et civiles la
 section d'Aïkido et ses dirigeants et m'interdis tous recours.

DATE: SIGNATURE: