

Pratiquant

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse E-Mail :

Tél. :

- **J'autorise** les membres responsables de l'association à prendre toutes mesures d'ordre médical rendues nécessaires par mon état de santé ; en particulier ma prise en charge par les services d'urgence et mon hospitalisation,

Réponse obligatoire OUI NON

- **Je déclare :** (cocher les cases)

- avoir pris connaissance des **statuts** et **règlements** de l'association Aïkido Trégor et en accepter les dispositions
- ne pas m'opposer à l'**utilisation de mon image** sur tous les supports de promotion de l'association

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Nom / Prénom :

Tél. :

Nom / Prénom :

Tél. :

Comment avez-vous connu le dojo ? Forum des Associations Affiche Relation Internet

Cotisation

La cotisation comprend l'accès à tous les cours de la semaine et l'assurance

137 € 107 € Tarif réduit (sans activité, étudiant ...)

Chèque Ordre: AIKIDO TREGOR Espèce Chèques CAF
Facilités de paiement possibles

Dossier :

- Justificatif (tarif réduit) 1 photo d'identité (première inscription)
- Attestation médical **ou** Certificat médical

Date et Signature