

Pratiquant

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse E-Mail :

Tél. :

Responsable légal

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse E-Mail :

Tél. :

En tant que **représentant légal** :

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

Réponse obligatoire OUI NON

- **J'autorise ce dernier à** : (cocher les cases)

à pratiquer l'aïkido et les activités associées

à rentrer par ses propres moyen au domicile familial

- **Je déclare** : (cocher les cases)

avoir pris connaissance des **statuts** et **règlements** de l'association Aïkido Tregor et en accepter les dispositions

ne pas m'opposer à l'**utilisation de mon image** et celle de **mon enfant** 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

107 € Chèque Ordre: AIKIDO TREGOR Espèce Chèques CAF
Facilités de paiement possibles

Dossier :

Attestation médical **ou** Certificat médical

1 photo d'identité (première inscription)

Date et Signature du responsable légal