

SENS ARTS MARTIAUX

DOSSIER D'INSCRIPTION

ADHESION

RENOUVELLEMENT

NOM PRENOM

Date de naissance

Adresse

Téléphone Profession

N° de sécurité sociale .../.../.../.../.../.../.../.../...

Mutuelle : Nom N°

Nom du tuteur (éventuellement)

Adresse e-mail :

• ***AUTORISATION DES PARENTS POUR LES ADHERENTS DE MOINS DE 18 ANS :**

M. ou Mme autorise l'enfant

à pratiquer l'AIKIDO au sein de SENS ARTS MARTIAUX, club affilié à la FFAAA.

Signature:

Pièce à fournir : un certificat médical d'aptitude à la pratique de l'AIKIDO

• ***AUTORISATION DE PUBLICATION POUR LA SAISON 2014-2015:**

Je soussigné, (nom et prénom du licencié, ou de son représentant légal si le licencié est mineur), autorise l'association SENS ARTS MARTIAUX à publier ou diffuser les photos ou vidéos qui pourraient être prises dans la cadre de l'activité du club.

Ces images ne doivent servir qu'à des fins d'information ou publicitaires.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment, en informant au préalable le club par écrit.

Fait à le

Pour servir et faire valoir ce que de droit

• ***AUTORISATION DES PARENTS POUR HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT :**

Afin de permettre aux responsables de la section AIKIDO de prendre toutes les mesures d'urgence, nous vous demandons de nous indiquer les renseignements suivants :

N° de sécurité sociale : .../.../.../.../.../.../.../.../...

Mutuelle : Nom N°

Nom du médecin traitant ; N° de Tel.

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom N° de Tel.

Je soussigné(e), M ou Mme autorise le responsable de la section AIKIDO à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident survenu à mon fils ou ma fille prénommé(e)

Signature des parents

Règlement :

Par chèque - Licence :

En espèces - Cotisation :

- Droit entrée:

Adresses de la section :

<http://sens-arts-martiaux.com>

e-mail : aikido@sens-arts-martiaux.com.

SENS ARTS MARTIAUX
AIKIDO
SECTION
N° 19-41-10