

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024-2025

Renouvellement

Nouvelle inscription

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____ à : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

E-mail (en majuscule): _____

Profession : _____ Parrainé (e) par : _____

1 Photo d'identité

Certificat médical

DISCIPLINES

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> JUDO | <input type="checkbox"/> MUAY THAI / KICK K1 | <input type="checkbox"/> KARATE ENFANTS |
| <input type="checkbox"/> JUJITSU | <input type="checkbox"/> MUAY THAI ENFANTS | <input type="checkbox"/> KRAV MAGA |
| <input type="checkbox"/> CROSS TRAINING | <input type="checkbox"/> MUAY THAI ADOS | <input type="checkbox"/> KRAV ENFANTS |
| <input type="checkbox"/> TAICHI CHUAN | <input type="checkbox"/> KARATE ADULTES | <input type="checkbox"/> KRAV ADOS |
| <input type="checkbox"/> AIKIDO | | |

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et l'accepter dans sa totalité. Je prends acte que je ne serai autorisé à participer aux cours qu'après avoir impérativement satisfait à toutes les obligations ci-dessus mentionnées. Je prends note que la **cotisation est non remboursable**.

Le : _____ SIGNATURE : _____

	Echéance	Montant		Echéance	Montant
1			4		
2			5		
3				TOTAL	

EMETTEUR DU CHEQUE : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

certifie que : _____

ne présente aucune contre-indication médicale apparente l'empêchant de pratiquer *(cochez la(les) mention(s) utile(s))*:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> JUDO | <input type="checkbox"/> MUAY THAI KICK K1 | <input type="checkbox"/> KARATE ENFANTS |
| <input type="checkbox"/> JUJITSU | <input type="checkbox"/> MUAY THAI Enfants | <input type="checkbox"/> KRAV MAGA |
| <input type="checkbox"/> CROSS TRAINING | <input type="checkbox"/> MUAY THAI ADOS | <input type="checkbox"/> KRAV ENFANTS |
| <input type="checkbox"/> TAICHI CHUAN | <input type="checkbox"/> KARATE ADULTES | <input type="checkbox"/> KRAV ADOS |
| <input type="checkbox"/> AIKIDO | | |

Par ailleurs, la personne suscitée est apte à participer :

- A l'entraînement Aux compétitions

Cochez la (les) mention(s) utile(s).

Fait à : _____ le : _____

CACHET + SIGNATURE du MEDECIN