

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Cadre réservé secrétariat DOJO | |
| Complet | <input type="checkbox"/> |
| Cotisation reçu | <input type="checkbox"/> |
| Envoi licence | <input type="checkbox"/> |
| Réception licence | <input type="checkbox"/> |
| Inscription | <input type="checkbox"/> |
| Journée initiation : __/__/____ | |
| Chèque assurance n° : | |

FICHE D'INSCRIPTION

Aikido

COLLER
PHOTO

| Renseignements et état civil de l'Adhérent | |
|---|-----------------------------|
| Nom : Prénom : | |
| Adresse : | |
| C.P : Ville : | |
| Tel : / / / / Né(e) le : / / | |
| Mail : Profession : | |
| Droits à l'image : Autorise le dojo , à utiliser les images des démonstrations stages et cours pour les articles de journaux et sa promotion : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| Avez vous pratiqué d'autres arts martiaux, si oui lesquels : | |
| DOCUMENTS | |
| Adultes (>14 ans). | Enfants ou Ados (<= 14 ans) |
| Un certificat médical datant de moins de 1 mois | |
| Passeport d'Aikido | |
| Une autorisation parentale pour les mineurs (cf verso) | |
| Une photo d'identité | |
| Fiche inscription remplie (recto/verso) | |
| Adhésion 150 € | Adhésion 100 € |
| <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Démonstration <input type="checkbox"/> Connaissances (amis...) <input type="checkbox"/> T.A.P.E. Découverte milieux scolaires <input type="checkbox"/> Prospectus <input type="checkbox"/> Site Internet, Blog <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Autres : | |
| <u>Comment avez vous connu notre DOJO ?</u> | |

FORMULAIRE D'ACCIDENT

Un accident est toujours possible. Dans ce cas, le blessé est évacué vers le centre hospitalier le plus proche. Le personnel hospitalier (chirurgiens, médecins) refuse d'intervenir sans **l'accord des parents pour un enfant ou sans votre accord pour vous même**. Afin de pouvoir intervenir rapidement, nous vous demandons de bien vouloir compléter l'autorisation ci-dessous :

Je soussigné : Téléphone : Domicile :
Adresse :
..... Portable :

Autorise les responsables du cours d'Aïkido du Château d'Olonne , à prendre toutes les mesures nécessaire à la santé de mon enfant ou pour moi même.....

L'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence, selon les prescriptions médical consulté.

Observations éventuelles à communiquer au corps médical : Contre indication médicamenteuses, allergies, etc....

.....
.....
.....

Le respect du règlement intérieur et de l'éthique de notre Dojo est impératif sous peine de radiation, le présent document fait acte d'acceptation.

Faire précéder la signature de la mention <<LU ET APPROUVE >>

Le : /...../.....

SIGNATURE :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussignédétenteur de l'autorité parentale, autorise mon enfant : à pratiquer l'Aïkido au(x) dojo(s) du Château d'Olonne aux horaires prévus et établis par l'associations.

Pour les Mineurs, les parents sont responsables de l'acheminement jusque dans le dojo , pour qu'il y est prise en charge du professeur. Et doivent venir les rechercher jusque dans le dojo.

Parent(s)

Nom(s) et Prénom(s) :

Date et signature :

Aïkido – Adresse D. CHAUVET 3361 l'Emerière 85440 GROSBREUIL
Tel : 02.51.33.03.85 – 06.20.47.65.54.

Mail : contact@aikido85.com

Site : <http://aikido85.com/>

Blog : <http://blog.aikido85.com/>

Facebook : <https://www.facebook.com/aikidochateaudolonne>