

NOM

PRENOM

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE

N° Voie

Code Postal

Ville

PROFESSION

TEL FIXE

TEL MOBILE

E-MAIL

(écrire lisiblement pour  
éviter l'utilisation  
d'enveloppes timbrées)

**A REMPLIR PAR LES PARENTS, pour les enfants de moins de 18 ans :**

Je soussigné (e) :

Déclare avoir pris connaissance du règlement du Dojo et autorise mon enfant à pratiquer l'Aïkido

A Le : Signature :

Personne à prévenir en cas de problème NOM :

Tél :

J'accepte que mon enfant figure sur des photos de groupes lors de cours/stages Oui

Non

**A REMPLIR PAR LE DOJO**

CERTIFICAT MEDICAL

(OBLIGATOIRE en 2 exemplaires)

DEMANDE DE LICENCE

NUMERO

RETOUR LICENCE

2 ENVELOPPES TIMBREES

OU ADRESSE E-MAIL

2 PHOTOS

(NOUVEAUX ADHERENTS)

PASSEPORT A FAIRE

(NOUVEAUX ADHERENTS)

TRANSMIS

COTISATION VERSEE

MONTANT

€

*Les cotisations versées ne sont pas remboursables*

Siège social : Hotel de ville -95230 Soisy- sous-Montmorency

Adresse correspondance : Gabriel GAROU 5 rue Napoléon Fauveau -95170 Deuil-la-Barre

Tél. : Stéphane : 06 83 10 38 23

Gabriel : 06 17 89 35 68

e-mail : [kobukan@aikido-soisy.com](mailto:kobukan@aikido-soisy.com)

Site : [www.aikido-soisy.com](http://www.aikido-soisy.com)