**FICHE D’INSCRITION ENFANT MINEUR\_SAISON : 20……/20……**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : ……/……./…….. LIEU DE NAISSANCE : …………………………………………………………………

ADRESSE : N° …………. RUE : ………………………………………………………………………………………….

 CODE POSTAL : ………………………………… VILLE : ………………………………………………………………..

TÉL FIXE : ………./……../……../…...../……… TÉL PORTABLE  ……../………/………/……../………. TÉL PORTABLE (parents ……../………/………/……../……….

MAILS :(enfant)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentant légal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas de problème : sauf indication contraire, le représentant légal sera l'interlocuteur prioritaire des dirigeants et enseignants du Kobukan dans toutes situations concernant l'enfant

Nom : …………………………………………………………………

Lien de parenté : ………………………………………………… Tél : …... / ……. / ……. / ……. / …….

DEBUT EN AÏKIDO : ……./…….... N° DE LICENCE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRADE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE D’OBTENTION : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTATIONS et AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) Mme, M. : ………………………………….………………………………………….. :

* Atteste avoir répondu "NON" à l’ensemble du questionnaire médical, dans le cas contraire je fournis une copie du certificat médical de moins de 6 mois autorisant la pratique de l’Aïkido,
* J'atteste avoir pris connaissance des dispositios du règlement intérieur de l’association KOBUKAN et m'engage à le respecter,
* J’autorise mon enfant à quitter seul(e) le Dojo, sous ma propre responsabilité. OUI ⬜ NON ⬜

 Si non, je prends mes dispositions pour la prise en charge de mon enfant, à la fin des cours.

* Autorise l’association KOBUKAN à recueillir les informations du formulaire pour la gestion du fichier des licenciés de celle-ci.
* J’accepte que mon enfant figure sur des photos/films de groupes : OUI ⬜ NON ⬜

 DATE : ….../….../20….... Signature :

NOTA : Conformément au RGPD vous disposez d’un droit d’accès et de rectification quant à l’utilisation des données nominatives vous concernant.

**A REMPLIR PAR LE DOJO**

**Fiche CERFA – Certificat médical 15699 rempli (confidentiel – conservé par l’adhérant(e))** ⬜

CERTIFICAT MÉDICAL (si nécessaire) : 2 EXEMPLAIRES (OU 1EXP + TAMPON PASSEPORT) ⬜ **Date Certificat Médical : \_\_\_/20\_\_\_**

1 PHOTO ⬜ PASSEPORT À FAIRE ⬜ ATTESTATION C.E. À FAIRE : OUI ⬜ NON ⬜

COTISATION VERSÉE (NON REMBOURSABLE) ⬜ MONTANT : ……………..€

**LICENCE DONNÉE CONTRE SIGNATURE**: OUI ⬜ NON ⬜