

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

PROFESSION : _____

DEBUT EN AÏKIDO : ___/___ N° DE LICENCE _____

TÉL PORTABLE : ___/___/___/___/___ MAILS : _____@_____

Pour les adultes :

Je soussigné(e) Mme, M. :

- Déclare adhérer aux statuts de l'association KOBUKAN
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association KOBUKAN et à le respecter,
- Atteste avoir répondu "NON" à l'ensemble du questionnaire médical : OUI NON ou avoir fourni une copie du certificat médical de moins de 6 mois autorisant la pratique de l'Aïkido OUI NON (/\certificat obligatoire pour une première inscription). Date du dernier certificat : ___/___/___ (valide 3 ans)
- Autorise l'association du club à recueillir les informations du formulaire pour la gestion du fichier des licenciés de celle-ci. : OUI NON .
- Accepte de figurer sur les photos/films de groupes : OUI NON .
- Autorise l'association du club à m'inscrire sur le groupe WhatsApp du dojo : OUI NON .

DATE : ___/___/20___

Signature :

Pour les mineurs :

Représentant légal - Personne à prévenir en cas de problème :

(sauf indication contraire, le représentant légal sera l'interlocuteur prioritaire des dirigeants et enseignants du club dans toutes situations concernant l'enfant)

Nom – Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Tél : ___/___/___/___/___

MAILS : _____@_____

ATTESTATIONS et AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mme, M. :

- Atteste avoir répondu "NON" à l'ensemble du questionnaire médical concernant mon enfant, 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 dispositions du règlement intérieur de l'association 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

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

- Mon enfant est sujet à l'asthme : OUI NON
- Allergies : OUI NON lesquelles :
- Informations particulières à connaître en cas d'accident :

DATE : ___/___/20___

Signature :

A remplir par le Secrétariat du Dojo :

- Fiche CERFA – Certificat médical 15699 rempli (confidentiel – conservé par l'adhérent(e)) :
- CERTIFICAT MÉDICAL (si nécessaire) : 2 EXEMPLAIRES (OU 1EXP + TAMPON PASSEPORT) :
- Date Certificat Médical : ___/20___
- Photo fournie : oui - non
- Passeport à faire : oui - non
- Attestation C.S.E. à faire : oui - non
- Cotisation versée (non remboursable) : oui - non MONTANT :€
Mode de paiement : Monetico - Chèque - Espèces
- Licence donnée contre signature : oui - non