



FICHE D'INSCRIPTION

Arts Martiaux de la Thur : Karaté Shorinji Ryu - Self-défense - Kobudo - Tai Chi Chuan

SAISON 2016 - 2017

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

ADRESSE :

.....

N° DE TEL. : PROFESSION :

ADRESSE Email :

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (Adresse, téléphone) :

.....

.....

AUTRE INFO (ex. handicap, situation particulière):

.....

Si vous avez déjà pratiqué le Karaté ailleurs, ou une autre discipline martiale, précisez :

Discipline : Temps de pratique : Niveau obtenu :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> J'autorise | L'association ARTS MARTIAUX DE LA THUR à me prendre en photo ou me filmer lors de manifestations organisées par l'association et d'utiliser ces images/vidéos à des fins de communication (articles de presse, site internet de l'association, affiches, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas | |

Je choisis la formule d'inscription suivante (cochez la case correspondante) :

- | | | |
|---|----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Karaté & Kobudo seul (mardi et vendredi) | - de 16 ans | 126 € |
| <input type="checkbox"/> Karaté & Kobudo + Karaté-Défense (mardi et vendredi) | 16 ans et plus | 170 € |
| <input type="checkbox"/> Karaté Défense seul (mercredi à Fellingring) | 16 ans et plus | 95 € |
| <input type="checkbox"/> Baby Karaté (mercredi à Fellingring) | de 3 à 6 ans | 65 € |

A régler (par chèque de préférence) à l'ordre de Arts Martiaux de la Thur TOTAL :

Fait le : à

Signature (des parents pour les mineurs) :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné _____

autorise mon fils , ma fille _____

Né(e) le : _____ à : _____

demeurant : _____

- 1. A pratiquer les arts martiaux : sports de combat – armes anciennes (sauf Baby) enseignés
- 2. A participer aux compétitions (hors Baby-Karaté) et autres activités organisées

par le club ARTS MARTIAUX DE LA THUR pour la saison 2016-2017 (01.09.2016 au 31.08.2017).

Fait à _____ le _____

Pour valoir ce que de droit

Signature

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UN SPORT

Je soussigné Docteur _____ atteste que l'état de santé de

Mme, Mlle, M. _____, né(e) le _____,

lui permet de pratiquer les Arts Martiaux (sports de combat – armes anciennes) sans contre-indication, y compris en compétition. (Barrer les mentions inutiles le cas échéant)

Cachet du médecin



A _____

Le _____