



☐ licence envoyée

☐ licence reçue le

ACADEMIE DE COMBAT ASHIGARU

PHOTO

NOM: PRENOM:

Adresse:

Code postal: Ville:

Date de naissance: / /

Téléphone:

Adresse Email:

Pratique martiale: ☐ oui ☐ non si oui, laquelle:

Niveau:

Professionnel de la sécurité: ☐ oui ☐ non Corps d'origine:

Je soussigné(e) demande mon inscription à l'Académie de Combat ASHIGARU pour l'année scolaire / et m'engage à régler l'ensemble de ses cotisations.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts de l'association et y adhérer sans réserve.

Discipline choisie:

☐ Energie Full ☐ Krav– Maga ☐ Ikusa Ryu ☐ autre (préciser)

Personne à prévenir en cas d'accident:

Numéro de téléphone:

Fait à Bourgoin-Jallieu, le / / , pour servir et valoir ce que de droit.

Signature, précédée de « lu et approuvé »:

Pièces à joindre: () certificat médical () 2 enveloppes timbrées avec nom et adresse
() photo d'identité

Pour les mineurs, autorisation parentale:

Je soussigné(e), tuteur, tutrice, responsable légal(e), demande l'inscription de mon enfant né(e) le / / à l'Académie de Combat ASHIGARU.

J'ai noté que l'Académie de Combat ASHIGARU n'est en aucun cas tenu de prévenir les parents en cas d'absence de l'enfant. Il est recommandé aux parents d'accompagner leur enfant à la porte du club afin de s'assurer que les cours ont bien lieu, et de le récupérer à la fin desdits cours.

Nom: Prénom:

A Bourgoin-Jallieu, le: / /

Signature, précédée de « lu et approuvé »:

PARTIE RESERVEE AU CLUB

Cotisation payée par ☐ espèces ☐ chèque(s) numéro(s)

Banque:

TOTAL: euros

Pièces jointes: () certificat médical () enveloppes timbrées () photo d'identité