



AIKIDO CLUB FONTAINE-LES-DIJON

FICHE D'INSCRIPTION

Merci d'écrire en lettres capitales. Les rubriques * sont obligatoires.

ADHERENT :

* NOM :

* PRENOM :

* DATE DE NAISSANCE : / / * SEXE :

* ADRESSE :

* CP : * VILLE :

* ADRESSE EMAIL :

N° TEL MOBILE : N° TEL FIXE :

* DATE CERTIFICAT MEDICAL : / /

PROFESSION :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

NOM :

PRENOM :

N° TEL MOBILE : N° TEL FIXE :

LIEN AVEC L'ADHERENT :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'AIKIDO CLUB FONTAINE-LES-DIJON ?

- Internet Connaissances Affiches Flyer à domicile
 Affiche / flyer chez commerçant Autre : _____

INFORMATIONS QUE VOUS JUGEZ UTILE DE NOUS COMMUNIQUER (problèmes de santé par exemple) :

.....
.....

ASSURANCE

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information sur l'assurance fédérale dont je bénéficierai en tant qu'adhérent-licencié ainsi que des formules de garantie complémentaires.

Fait à _____ le _____ Signature : _____

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'AIKIDO CLUB FONTAINE LES DIJON à diffuser sur le site www.aikido-dijon.com les photographies ou vidéos sur lesquelles je (ou mon enfant) figure.

Valable pour une durée indéterminée, cette autorisation personnelle et incessible pourra être révoquée à tout moment.

Fait à _____ le _____ Signature : _____

POUR LES MINEURS

Je soussigné (nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

autorise les responsables de l'AIKIDO CLUB FONTAINE LES DIJON à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux, intervention chirurgicale urgente, qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, après consultation d'un praticien, à mon enfant désigné au paragraphe " ADHERENT ".

Fait à _____ le _____ Signature : _____