

NOM		Prénom					
Adresse	Tél. 1						
	Tél. 2						
Code Postal	Tél. 3						
Ville	Email						

Section	Judo	Karaté	Aïkido	Self-défense		Saison
	XXXX					2023

Nom EAM	Observations

Date de naissance	Sexe F/M	Saisie
		Réservé EAM
N° chèque	Montant	Nom du tireur
1		
2		
3		
Don pour l'association		
Banque		

Aucune inscription ne sera prise en compte sans que la cotisation ne soit complètement acquitée

Autorisation médicale			
Certificat	Questionnaire	Passeport	Non fournie

	09.00 / 10.00	10.00 / 11.00	13.30 / 14.30	14.30 / 15,30	15.30 / 16,30	16.30 / 17.30	17.00 / 18.00	18.00 / 19.00	19.00 / 20.00	20.00 / 21.00
Lu							2019-2018 2017 déb	2017-2016 2015	2014-2013 2012	
Ma							2019-2018 2017 déb	2017-2016 2015	2011 et -	
Me			2017 2016 deb	2019-2018	2016-2015 2014	2013 et -				
Je							2019-2018 2017 déb	2017 à 2012	2011 et -	
Ve										
Sa										

Le montant total de l'adhésion reste toujours acquis au club. Aucun remboursement même partiel ne sera effectué.

Nous rappelons qu'en dehors des cours et des dojos, les enfants sont sous la responsabilité de leurs parents.

J'autorise le club à mettre en place toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident durant un cours.

Après avoir pris connaissance du règlement intérieur :

"lu et approuvé"

Date :

Signature



TARIFS JUDO

Catégorie	Tarif
Adhérent NON ceinture noire	1 adhérent - 315€ (ou 3 x 105€)
	2 adhérents - 10% remise - 567€ (ou 3 x 189€)
	3 adhérents - 20% remise - 756€ (ou 3 x 252€)
Adhérent ceinture noire	210€ (3 x 70€)

PRISE DE LICENCE MINEURS - ATTESTATION - Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM],
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM],
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :

PRISE DE LICENCE MAJEURS - ATTESTATION - QS SPORT

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM],
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM],
autorise par la présente, les responsables de l'association Ecully Arts Martiaux à diffuser les photographies sur lesquelles figurent moi-même et/ou mon enfant,
dont je suis le/la responsable légal, en vue de la publication sur les différents supports de communication du club: site web ou page facebook du club, email aux adhérents du club, support papier avec affichage au sein du club ou dans la presse.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment, par lettre à l'adresse suivante :

- Ecully Arts Martiaux - 5 rue Jean Rigaud - 69130 Ecully

La présente autorisation est personnelle, nominative et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Date et signature