

Fiche d'inscription

« Enfants (du CP au CM2) »



Frais d'inscription :

- Cotisation annuelle = **150 €**
- Licence annuelle = **15 €**

Trois possibilités de paiement vous sont proposées :

Paiement à l'année en 1 seule fois

Un règlement de **165 €** (Cotisation annuelle + Licence annuelle)

Paiement à l'année en 2 fois

Un 1° chèque de **90 €** (Cotisation + Licence annuelle)

Un 2° chèque de **75 €** (Cotisations)

Paiement à l'année en 3 fois

Un 1° chèque de **65 €** (Cotisation + Licence annuelle)

Puis 2 chèques de **50 €** qui seront encaissés vers le 10 de chaque mois.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

N° Mobiles : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ (MERE) ____ / ____ / ____ / ____ / ____ (PERE)

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Mail : _____

Observations éventuelles : _____

Pièces à fournir : 1 photo d'identité récente + l'Attestation sur l'honneur de réponse au contenu du questionnaire relatif à l'Etat de santé du sportif mineur.

Sans le dossier complet **L'accès aux cours sera refusé.**

Attention nous rappelons que **l'inscription se paye à l'année.**

En cas d'absence ou d'arrêt divers de la part de l'adhérent, **les sommes ne seront pas remboursées.**

Les vacances scolaires ne sont pas déduites du tarif.

Signature des parents

La mère

Le Père



FEDERATION ARTS MARTIAUX AUTONOMES

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), médecin

Certifie avoir examiné ce jour M Mme

Né(e) le (jj/mm/aaaa) :

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique en compétition ou en loisir.

Taekwondo Hapkido Autre discipline (noter la discipline) : **VIET VO DAO**

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature du Médecin (obligatoire)

Tampon du Médecin (obligatoire)

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonyme :

Mineur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse

Tél :

Email :

Responsable légal

Père

Mère

Tuteur(trice)

Nom :

Pénom :

Adresse :

Tél :

Email :

Autorise

Cochez votre sélection

Oui

Non

Viet Vo Dao

1

affilié à la Fédération Arts Martiaux Autonomes (FAMA)
et à participer aux manifestations organisées par le club

Ban Chat Cua Rong

2

Le club à prendre des photos ou vidéos de mon enfant
sachant que celles-ci pourront être diffusées sur
les réseaux sociaux dans le cadre des activités du club.

3

Mon enfant à rentrer seul, après son entraînement
dans le club.

4

Le club à prendre toutes les mesures nécessaires d'urgence
dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident
survenu au sein du club (pompiers, hospitalisation)

Signature

Responsable légal

Lieu et Date

Fait à :

Date :