

NOM : Prénom : Date de naissance : / /
Sexe : M F
Adresse : Code postal : Ville :
Tel 1 : Tel2 :
Email (majuscule) : @

Autorisation Parentale (adhérent mineur)

Je soussigné(e) mère, père ou représentant légale de:

⇒ Autorise celui-ci à pratiquer l'Aïkido, et autorise les responsables du club ou l'éducateur sportif à faire intervenir les services de secours compétents si nécessaire et à me contacter immédiatement pour prendre les dispositions nécessaires.

⇒ Autorise celui-ci à quitter seul le Dojo après les cours : oui non

Autorisation Droit à l'image

Dans le cadre de ses activités, le club peut être amené, pendant l'année, à prendre des photographies et à filmer pendant les cours. Ces enregistrements peuvent être utilisés à des fins promotionnelles par le club.

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : Tel :

Questionnaire de santé

J'ai répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé, le certificat médical est valable 3 ans (adulte) ou j'en suis dispensé (mineur).

J'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé, je dois (re)faire un certificat médical.

Date du certificat médical : / /

Cotisation annuelle (chèque à l'ordre de « USM Aïkido ») : Cours Enfants/Ados : 140€

Cours Adultes : 170€

Fait à : le : / /

Signature du licencié ou du représentant légal :