



SHO BU KAI

Arts martiaux & Yoga
club créé en 1960

FICHE D'INSCRIPTION
SAISON 20 / 20

AIK	BTF	HPD	JD	KT	KF	NK	TKD	TJQ	YG

DATE D'INSCRIPTION



COORDONNEES			
NOM		PRENOM	
DATE DE NAISSANCE JJ MM AAAA	LIEU DE NAISSANCE	SEXE M F	NATIONALITE
ADRESSE			
VILLE			CODE POSTAL
PROFESSION	☎*	☎(PRO)	
EMAIL**			

*Nous vous demandons d'inscrire obligatoirement un n° de tél pour les appels urgents.

** Votre email est indispensable pour recevoir régulièrement les infos de votre club.

■ **Certificat médical obligatoire à fournir**

■ Règlement de la licence et de la cotisation : La totalité doit être réglée au moment de l'inscription, avec possibilité de paiements échelonnés pour la cotisation (maximum 3 chèques). Libeller tout chèque à l'ordre du **Sho Bu Kai**

PRIX LICENCE	PRIX COTISATION	MONTANT 1	MONTANT 2	MONTANT 3
N° DE CHEQUE	N° DE CHEQUE	N° DE CHEQUE	N° DE CHEQUE	N° DE CHEQUE

☑ LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :

- **avoir pris connaissance** des modalités de fonctionnement du club et de son règlement,
- **autoriser** l'utilisation de mon image (ou de l'image de mon enfant) pour une publication éventuelle de photos sur le site ou sur tous supports de communication du club, articles de presse (rayer la ligne si refus),
- **s'engager** à l'assiduité des cours et au règlement des cotisations,
- **avoir pris connaissance** que la licence ainsi que la cotisation ne sont pas remboursables,
- **autoriser** les dirigeants et enseignants, en cas de nécessité impérieuse (accident, hospitalisation, etc.), à prendre toutes les mesures utiles.

En plus, pour les mineurs :

- **s'engager** à prévenir le club en cas d'absence du mineur,
- **décharger** le club de toute responsabilité lorsque le cours est terminé (la responsabilité revient aux parents dès la fin du cours),
- **décharger** le club de toute responsabilité en cas d'absence de l'enseignant (les parents doivent vérifier la présence de l'enseignant).

Le _____, à _____

Signature de l'adhérent :
(ou du représentant légal – nom et prénom)

Comment avez-vous connu le Sho Bu Kai ?

- publicité/prospectus Facebook mairie/oms démonstrations/événements
 recherche internet article/presse connaissance autre _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), _____ Docteur en Médecine,

Certifie après avoir examiné Mme, M. : _____

Né(e) le : _____

Domicilié(e) : _____

que son état de santé ne présente pas à ce jour de contre-indication (rayer la mention inutile si nécessaire)

à la pratique

à la compétition

du _____ et arts martiaux.

Fait à

Le

Signature :

CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRE