



SAISON 2019 / 2020

Photo

INSCRIPTION

Nouvel adhérent

NOM : _____

PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE ____/____/____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE : _____ E-MAIL : _____

PROFESSION : _____

Nombre d'années de pratique de l'Aïkido : _____ Grade (Kyu, Dan) : _____ N° de licence : _____

Les Tarifs : **127 €** adultes (+de 13 ans) **licence comprise** (de 37 €)

70 € enfants licence comprise (de 25 €) nés après le 01/09/2006

Pour les familles : -10 € sur les licences supplémentaires, par exemple, deux personnes : -10 € sur la seconde, trois personnes : -10 € sur la seconde et -10 € sur la troisième.

Tarif : 14-18 ans, étudiants (*après le bac*) et sans emploi : 82 €.

Possibilité de payer avec plusieurs chèques (3 max), le premier doit au moins être égal au prix de la licence, mettre au dos la date d'encaissement désirée (sur 3 mois max).

Signature de l'adhérent :

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurances proposées notamment concernant les garanties complémentaires (documents remis ou affichés) et je choisis : Assurance de base : Option 1 : Option 2 :

Je déclare avoir pris connaissance de la note d'information sur le Certificat Médical : oui :

<http://telechargement.ffaaa.com/ffaaa/commissions/medicale/note-info-certificat-medical.pdf>

Le club du Barp aikido peut prendre des photos et des vidéos de l'adhérent à l'occasion des activités associatives auxquelles il/elle participe.

Autorisez vous leurs publications dans le journal, le site internet du club, facebook du club ainsi que dans les articles ou reportages vidéos concernant le club dans les médias. oui : non :

AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR

Je soussigné(e) : _____ autorise

mon fils, ma fille (*) : _____ à pratiquer l'Aïkido et à être licencié auprès de la Fédération Française d'Aïkido, d'Aikibudo et Affinitaires.

Autorise, n'autorise pas (*) l'enseignant à prendre les mesures jugées utiles par lui-même en cas d'accident.

No téléphone des parents :

Domicile : _____

Bureau : _____

Portable : _____

Lieu où doit être dirigé l'enfant (CHU, clinique, etc...)

SIGNATURE DES PARENTS

(*) rayer les mentions inutiles

CADRE RÉSERVÉ AU CLUB

Nom de l'inscripteur : _____ Règlement : Espèces : Chèque : Chd1 Chd2 Chd3

Certificat médical : Attestation de santé : Licence demandée : Observations : _____

Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion interne et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi 78-17 relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 11 janvier 1978, par l'intermédiaire des membres de l'association ayant recueilli les présentes informations.