

Shobu Aïkido du Val St Pierre

Fiche d'inscription Saison 2023-2024

(*=champ obligatoire)

Adhérent(e)

NOM* :

Prénom* :

Adresse* :

Date naissance* :

PHOTO

Code Postal* :

Commune* :

Domicile* :

Portable* :

@-mail* ** :

** Cochez la case si vous ne désirez pas que votre adresse mail soit lisible par d'autre destinataire.

(*=champ obligatoire)

Père ou Mère ou Tuteur légal (pour les mineurs)

Je soussigné(e) NOM* : _____ Prénom : _____

Professionnel : _____ Portable* : _____

responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus, autorise l'enfant à participer aux activités organisées par le Shobu Aïkido du VSP

J'autorise mon enfant à quitter seul le dojo. Je suis responsable de mon enfant jusqu'à la prise en charge par l'enseignant au dojo et à partir de la fin de l'activité.

Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le dojo. Je suis responsable de mon enfant jusqu'à la prise en charge par l'enseignant au dojo et je le reprends en charge au même endroit. Il attendra ses parents ou la (les) personne(s) majeure(s) suivante (s) : _____

➤ Pour les nouveaux adhérents :

-Je déclare avoir reçu et lu un exemplaire des statuts du Shobu Aïkido et du règlement intérieur et je m'engage à les respecter dans sa totalité.

-J'ai pris connaissance du règlement intérieur du complexe sportif du VSP et je m'engage à le respecter intégralement.

J fournis

➤ Pour Tous :

-J'autorise le Shobu Aïkido du VSP à exploiter gratuitement les photos de ma personne ou de mon enfant conformément au paragraphe III du règlement intérieur de l'association En cas de refus, cocher la case .

-Je confirme avoir répondu par la négative à toutes les questions du formulaire CERFA N°15699*01 relative au renouvellement de licence d'une fédération sportive. Si ce n'est pas le cas, fournir obligatoirement un nouveau certificat médical d'aptitude à la pratique de l'aïkido.

- Pour les mineurs, le(s) tuteur légal(aux) confirme(nt) avoir répondu par la négative à toutes les questions du formulaire <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043486824> relative au renouvellement de licence d'une fédération sportive. Si ce n'est pas le cas, fournir obligatoirement un nouveau certificat médical d'aptitude à la pratique de l'aïkido.

➤ Vous pouvez souscrire à une assurance dommages corporels si vous le souhaitez.

Je fournis : Un certificat médical d'aptitude à la pratique de l'aïkido et une copie.

Deux photos d'identité (pour les nouveaux adhérents)

Le paiement intégral

A : _____ , le _____

Pour les mineurs, signature des deux parents ou du tuteur légal

Signature

Lu et approuvé

<i>Pour les nouveaux inscrits :</i>	Avez-vous déjà pratiqué l'AïKIDO ? _____
	Si oui :
	Pendant combien de temps ? _____
	Dans quel Dojo ? _____
	Quel est votre grade actuel ? _____

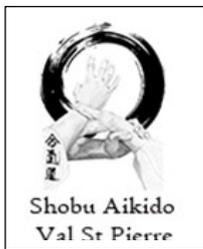
Comment avez-vous connu l'association Shobu Aïkido ?

Réponse : _____

➤ **Pour tous**

Tarifs	
Adhésion Shobu Aïkido	100 €
Licence FFAB (adhérent âgé de plus de 14 ans)	38 €
Licence FFAB (adhérent jusqu'à 14 ans)	28 €

Réservé à l'association	
<input type="checkbox"/> Certificat médical + copie <input type="checkbox"/> Encore valable date démission :	
<input type="checkbox"/> Photos pour les nouveaux	
<input type="checkbox"/> Paiement complet	
<input type="checkbox"/> Autorisation d'intervention chirurgicale	
N° chèques	
Montant	



Autorisation d'intervention médicale

Un accident, même s'il est peu probable, est toujours possible.

Le personnel médical se refusant d'intervenir sans un accord préalable écrit, nous vous demandons de bien vouloir compléter cette attestation.

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Autorise, en cas d'accident lors de la pratique de l'aïkido, le responsable à prendre toute décision d'ordre médical et chirurgical, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté, en mes lieu et place pour :

N'autorise pas, en cas d'accident lors de la pratique de l'aïkido, le responsable à prendre toute décision d'ordre médical et chirurgical, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté, en mes lieu et place pour :

* Cocher la case

Moi-même*

Mon Enfant*: (Nom Prénom) _____

Pour les mineurs, cette attestation doit être **signée** par les **deux parents** ou le tuteur légal.

Fait à:

le :

Signature, précédée de la mention " lu et approuvé" :