

INSCRIPTION KARATÉ

Chilly-Mazarin 2023/2024

○ Inscription ○ Réinscription

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Catégorie d'âge sportive :	
Nationalité :	Sexe :
Adresse :	
Téléphone Mère :	Téléphone Père :
Autre téléphone	
Mail :	

Personne à contacter en cas d'urgence autre que les parents :

Nom :	Prénom :
Téléphone :	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	

Je soussigné(e)

1/ avoir pris connaissance des statuts de l'association Karate Club de Chilly-Mazarin et m'engage à respecter et à faire respecter à mon enfant ces derniers.

2/ avoir été informé et adhère à l'assurance de base accidents corporels proposée par la F.F.K.D.A. et pris connaissance des informations relatives à la notice d'assurance et des garanties complémentaires.

Date :

Signature :

Autorisation parentale pour les mineurs :

Je soussigné (e) M ou Mme

Autorise mon fils ou ma fille :

Nom : Prénom :

Ne(e) le : Lieu :

A pratiquer le Karate pour la saison 202122023 au club de Chilly-Mazarin.

Les enfants sont uniquement pris en charge par les professeurs aux horaires et lieux des cours.

Il est donc impératif que les parents respectent ces horaires, particulièrement celles de fin des cours.

Le transport des enfants lors des compétitions est effectué par les parents et est dans tous les cas sous leur responsabilité entière et exclusive.

En cas d'accident, je donne mon autorisation pour que mon enfant reçoive tous soins nécessaires à son état et soit éventuellement hospitalisé.

J'autorise le club a prendre mon fils / ma fille en photo pour la vie de l'association (affichages, site internet). O oui O non

Date :

Signatures :

Partie à remplir par le licencié

Autorisation médicale :

Je fournis un certificat médical.

Je fournis une attestation sur l'honneur après avoir répondu « non » à toutes les questions du questionnaire de santé de la FFKDA.

Pour la vie du club

Je souhaite être informé des informations du club par SMS.

Je souhaite être informé des informations du club par l'application Whatsapp.

Je bénéficie de la réduction « Passport »

Partie réservée à l'association :

Dossier complet Pass sanitaire : _____

Certificat médical _____

Paiement : Montant de la cotisation :€

Chèque _____

Espèce _____