

AIKIDO de la COMBE DE SAVOIE Saison 2017/2018

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

N° de licence pour un renouvellement : Grade :

Des informations concernant la vie du club peuvent vous être envoyées.

Acceptez-vous un envoi par courriel ? OUI NON

Inscrire lisiblement l'e-mail :

DROIT A L'IMAGE

Pour la promotion de la pratique sportive et du club, des photos et des vidéos peuvent être utilisées sous forme d'articles de presse, d'affiches et d'animation du site web. Par conséquent, j'autorise le club d'Aïkido Combe de Savoie à utiliser les images dans le cadre de ses activités.

OUI NON

POUR LES MINEURS

En dehors des heures de cours, l'enfant est sous l'entière responsabilité du responsable légal

NOM et Prénom du responsable légal:

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Certifié exact le :/...../.....

Signature :

REGLEMENT	CERTIFICAT MEDICAL
Banque	Zone réservée au Club
N° Chèque	
Montant	



