



NOUVEL ADHERENT

KARATÉ CONTACT D'AULNAY
Tel. 06.45.81.85.35



NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

N° de téléphone :

Adresse :

Nationalité :

Adresse e-mail

DISCIPLINE KARATE CONTACT

Cochez les GYMNASSES fréquentés :

TOURNIER

MERCREDI

SAMEDI

Nombre de cours par semaine :

Date du certificat médical :

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du club et m'engage à le respecter. J'autorise /Je n'autorise pas la publication de photos/vidéos relatives au KCA sur des supports d'informations (site internet, réseaux sociaux journal....)

Signature :

Autorisation parentale : (obligatoire pour les mineurs)

Je soussigné (nom et prénom) :

Autorise mon fils – ma fille : (nom et prénom) :

A pratiquer le karaté contact

En cas d'accident, j'autorise son professeur et les responsables du Karaté Club à lui donner les premiers soins et si son état l'exigeait, son hospitalisation.

Aulnay, le

Signature :