



# KARATÉ CLUB D'AULNAY

Tel. 06.45.81.85.35



Date :

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de Naissance :

Nationalité :

N° de téléphone :

Adresse :

Adresse e-mail

Profession :

## DISCIPLINE KARATE CONTACT

Cochez les GYMNASSES fréquentés :

TOURNIER

MERCREDI

SAMEDI

Nombre de cours par semaine :

Niveau de ceinture :

Date du certificat médical :

Date de l'autorisation parentale :

Poids :

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du club et m'engage à le respecter.

- Dans le cas où vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photos, merci  
De le signaler par écrit :

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 :