



FICHE D'INSCRIPTION

| | |
|------------------------|--|
| NOM : | |
| PRENOM : | |
| DATE DE NAISSANCE : | |
| LIEU DE NAISSANCE : | |
| ADRESSE : | |
| COMMUNE : | |
| CODE POSTAL : | |
| TELEPHONE DOMICILE : | |
| TELEPHONE PORTABLE : | |
| ADRESSE ELECTRONIQUE : | |

Je m'inscris pour la saison 2017/2018 à l'activité : Aïkido Aïki-taïso

J'autorise le club et la mairie de Vourles à photographier ou filmer l'adhérent et à utiliser ces documents dans le cadre de la communication de l'association et de la commune

(publications diverses, site internet...) : Oui Non

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de VAC

Fait à, le 2017

Signature :

Pièces à fournir (remettre le dossier complet en une seule fois)

- la présente fiche d'inscription
- la demande d'adhésion UFOLEP
- le règlement des cotisations
- un **certificat médical (ou questionnaire de santé)**
- une autorisation parentale pour les mineurs
- à défaut d'adresse Mel valide, 2 enveloppes timbrées avec votre adresse

Pour tout renseignement : Guy DALMAIS ☎ : 07.85.22.90.75

André MOULIN : 06.70.03.17.73 - Martine CHEFFOT : 06.84.27.69.96

<http://ame-aikido.fr>



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Père, mère, tuteur (*ayer les mentions inutiles*) Inscris mon fils, ma fille,

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Au cours d'Aïkido.

- J'autorise le responsable ou l'accompagnateur à transporter mon enfant dans son véhicule lorsque cela est nécessaire.
- J'autorise, en cas d'urgence, le responsable, son représentant ou l'accompagnateur soit à faire appel à un médecin, soit à faire transporter mon enfant dans un établissement hospitalier pour y recevoir les soins que nécessiterait son état.
- En particulier, j'autorise expressément toute intervention chirurgicale urgente qui s'avèrerait nécessaire après avis des autorités médicales.

Numéro(s) de téléphone auxquels on peut me joindre en cas de problème pendant les cours :

| Domicile | Travail | Portable |
|----------|---------|----------|
| | | |

Autre(s) personne(s) à contacter :

| | | |
|----------------|--------------|---------------|
| Nom et qualité | | |
| Tél. domicile | Tél. travail | Tél. portable |
| | | |
| Nom et qualité | | |
| Tél. domicile | Tél. travail | Tél. portable |
| | | |

Observations particulières (médicales ou autres) concernant l'enfant :

.....
.....
.....

Fait à :

Signature

Le : / / 2017