



Aikido Club Oullins-Pierre-Bénite



Fiche d'inscription

Nom :	Prénom :
Né(e) le (jj/mm/AA) :	Profession :
Pays de naissance	
Ville et département de naissance :	
Adresse :	
Tel :	Courriel :
Pour les mineurs, noms et prénoms des parents :	
Grade et année d'obtention :	
Êtes vous licencié(e) à une autre fédération sportive : oui ☐ non ☐	
Laquelle :	

Vos préférences pour les cours (l'inscription vous offre cependant la possibilité d'assister à tous les cours y compris dans d'autres clubs affiliés à AME-Aikido):

Aikido : mardi ☐ vendredi ☐

Aikido enfants ☐

Aikitaiso : mardi ☐ vendredi ☐

Gymnastique douce ☐

Vos préférences pour l'assurance UFOLEP (détails sur <https://www.ufolep.org/assurances>):

Standard ☐

Complémentaire option 1 (+15€) ☐

Complémentaire option 2 (+30€) ☐

Tarifs annuels

(licence -assurance UFOLEP standard incluse / paiement possible en 3 fois : novembre-février-mai / paiement au prorata en cas d'inscription en cours d'année) :

Aikido + Aikitaiso adulte = 170€ ☐ Aikitaiso seul = 130€ ☐ Enfants et ado (8-17 ans) = 120€ ☐

Attention :

- Je confirme mon inscription ou celle de mon enfant et la transmission de mes coordonnées à l'UFOLEP pour la remise de la licence assurance

- En signant, l'adhérent(e), ou son tuteur légal, reconnaît avoir été informé(e) qu'un certificat médical d'aptitude à la pratique est obligatoire ou à défaut la réponse négative à tous les items du questionnaire santé)

- J'autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais ou apparaît le mineur dont je suis le tuteur dans le cadre des activités de l'Aikido Club de Pierre Bénite ou de AME-aikido et reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite, sur tous les supports usuels et sans limitation de durée. Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

☐ Je fournis un certificat médical

☐ Je déclare avoir répondu « non » à toutes les questions du questionnaire de santé UFOLEP.

Date et signature (pour les mineurs nom, prénom et signature du représentant légal) :