



Saison 2020/2021 DOSSIER D'INSCRIPTION "Adulte"

- SVP, Dossier à remplir **LISIBLEMENT** -

Nom : Prénom:

Né(e) le : à :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nationalité :

Coordonnées téléphoniques :

Email :@.....

Profession :

PHOTO
Obligatoire
Pour les
nouveaux
licenciés

N° licence :

Grade :

Discipline(s) choisie(s) KARATE-DO KRAV-MAGA KARATE SENIORS KARATE SANTE
 1 cours par semaine 2 ET PLUS

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

1. Nom : Prénom : Tél. :

J'autorise le professeur à me faire admettre en cas d'accident au: centre hospitalier (voire Clinique) / Ajaccio

ATTESTATION SUR L'HONNEUR.

Je soussigné(e) «nom » «Prénom»

Reconnais avoir été informé des risques encourus par la pratique du karaté et des arts martiaux affinitaires pouvant porter atteinte à mon intégrité corporelle. Avoir pris connaissance des conditions d'assurance «GARANTIES DE BASE ACCIDENTS CORPORELS" proposées par la FFKDA, ainsi que les informations relatives à la notice d'assurance et de garanties complémentaires.

- ne pas avoir d'antécédents médicaux pouvant nuire à la pratique sportive.
- avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association et en accepter les conditions.

A LeSignature, (**précédée de la mention "lu et approuvé"**)

Tout accident (constaté obligatoirement par l'enseignant du club) doit être déclaré par le licencié dans les 5 Jours cf Livret du Licencié téléchargeable sur site fédéral: fffkaraté.fr

La licence sera effective dès retour du dossier inscription dûment complété avec certificat médical certifiant la non contre-indication de la pratique des disciplines fédérales et de la compétition, ainsi que du règlement INTEGRAL de la cotisation annuelle (pour le paiement échelonné cf. référent du club).

CERTIFICAT MEDICAL * (SAISON 2020 / 2021)



A dater à compter du 01 septembre 2020

A Le

Je soussigné(e) «Nom » «Prénom»

Docteur en médecine

Déclare avoir examiné :

Nom : Prénom :

Et certifie la non contre-indication de la pratique des Activités physiques , sportives et dispensées au sein de l'ass **ACA ARTS MARTIAUX**

Observations particulières du médecin :

Antécédents médicaux :

Allergie(s) médicamenteuse(s) :

Certifié sincère et exact.

Signature.

Cachet du Médecin

NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE (RESERVE A L'ACA ARTS MARTIAUX)

- Dossier entièrement rempli.
- Livret.
- Groupe :
- Cotisation Annuelle « Détail du versement » :
- Montant de la Cotisation licence incluse : €...

CHEQUE(S)					ESPECES / COUPONS SPORT			
N°	Date d'encaisse	Banque	N° du chèque	Montant	Montant	Total Versement	Montant	Total Versement
1/...../.....			 X 100 €	 X 5 €	
2/...../.....			 X 50 €	 X 2 €	
3/...../.....			 X 20 €	 X 1 €	
		CDC / ARS		 X 10 €	 X 0.5 €	
Total :					Total 1 :		Total 2 :	
Total :					Total 1 + 2 :			