



Saison 2020/2021 DOSSIER D'INSCRIPTION "Enfant/Ados"

- SVP, Dossier à remplir lisiblement -

PENSEZ A FAIRE **VALIDER VOTRE PASSEPORT SPORTIF PAR LE MEDECIN**

NOM : PRENOM :

NE(E) LE : A :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

NATIONALITE:

TEL : **Portable** :

Email :@.....

PROFESSION DU PERE :

PROFESSION DE LA MERE :

PHOTO
(Obligatoire)

N° licence :

Grade :

Discipline(s) choisie(s) KARATE-DO KRAV-MAGA KARATE SENIORS KARATE SANTE

Nombre de cours par semaine : 1 cours 2 et plus

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

1. Nom : Prénom : Tél. :

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

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) «Nom » «Prénom»

Représentant légal,

- autorise l'enfant à pratiquer les arts martiaux au niveau associatif.

- reconnais avoir été informé des risques encourus par la pratique du karaté et des arts martiaux affinitaires pouvant porter à son intégrité corporelle

- atteste que l'enfant n'a pas d'antécédents médicaux pouvant nuire à la pratique sportive.

- atteste 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.

- atteste 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: ftkaraté.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 dispensées au sein de L'ACA Arts Martiaux, 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 :

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

- PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES -

AUTORISATION D'UTILISATION DE VOTRE IMAGE

L'association ACA ARTS MARTIAUX procède régulièrement à des prises de vues photographiques voire des vidéos. De ce fait, vous êtes susceptibles vous et/ou votre enfant d'être photographié(e), filmé(e) lors par exemple de cours, d'événements etc.

Les photos peuvent illustrer les différents supports de communication de l'association, destinés à promouvoir notre établissement. Elles peuvent faire également l'objet de publication* dans la presse, et sur internet (sites web de l'association de ses composantes ou services). Publication lors de la saison sportive en cours et à venir.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés", vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-nous le faire savoir à l'adresse mail ci-dessous acakarate@sfr.fr

Les photographies/vidéos ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti.

Je soussigné(e) : NOM..... Prénom.....

Représentant légal de l'enfant :

Autorise l'association ACA ARTS MARTIAUX à utiliser mon image ou l'image de mon enfant dans les conditions sus citées.

N'autorise pas l'association ACA ARTS MARTIAUX à utiliser mon image ou l'image de mon enfant dans les conditions sus citées.

Ajaccio le :

Signature :

* Publication lors de la saison sportive en cours et à venir.

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 1 :			Total 2 :	
Total :					Total 1 + 2 :			