



# AÏKIDO CLUB DU MANS

## FICHE D'INSCRIPTION

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM des parents : \_\_\_\_\_

SEXE : M F

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Personne à joindre en cas d'accident, Nom et N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Pièces à joindre :

- Certificat médical de non contre indication à la pratique de l'Aïkido
- Enveloppe timbrée vierge d'adresse
- Votre passeport Aïkido
- Votre règlement (vous avez la possibilité de régler en trois fois, joindre trois chèques dans ce cas)

### Tarifs :

Adulte	130,00 €
Scolaire / étudiant / chômeur	85,00 €
2 adultes	240,00 €
2 jeunes	150,00 €
1 adulte 1 jeune	200,00 €

**J'ai pris connaissance** du règlement intérieur affiché dans le dojo ou sur le site internet de l'Aïkido Club du Mans, et m'engage à le respecter (signature)

Sauf mention contraire exprimée ci-après, **l'ACM est autorisée à utiliser mon image ou celle de mon enfant** dans le cadre des opérations de communication du club (site web, calendriers, etc...) (signature)

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné M. et/ou Mme (parents ou tuteur) \_\_\_\_\_  
demeurant \_\_\_\_\_

autorise les responsables de l'Aïkido Club du Mans à faire pratiquer sur le mineur une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale selon les prescriptions du médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

ou des pompiers ou du S.A.M.U. et à transporter mon enfant à la clinique ou centre hospitalier en cas d'accident.

LU et APPROUVE (mention en toutes lettres)

BON POUR AUTORISATION

FAIT A \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

Signature des parents ou du tuteur : \_\_\_\_\_



## AÏKIDO CLUB DU MANS

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'AIKIDO

Je soussigné, Docteur :

certifie avoir examiné :

Mr, Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique de l'Aikido.

Fait à :

le :

Signature et tampon (obligatoire)

Le présent certificat, valable 1 an est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus.