

NOM : Prénom : Date de naissance : / /  
Sexe : M  F   
Adresse : Code postal : Ville :  
Tel 1 : Tel 2 :  
Email ( majuscule ) : @

## Autorisation Parentale ( adhérent mineur )

Je soussigné(e) mère, père ou représentant légale de:

⇒ Autorise celui-ci à pratiquer l'Aïkido, et autorise les responsables du club ou l'éducateur sportif à faire intervenir les services de secours compétents si nécessaire et à me contacter immédiatement pour prendre les dispositions nécessaires.

⇒ Autorise celui-ci à quitter seul le Dojo après les cours : oui  non

## Autorisation Droit à l'image

Dans le cadre de ses activités, le club peut être amené, pendant l'année, à prendre des photographies et à filmer pendant les cours. Ces enregistrements peuvent être utilisés à des fins promotionnelles par le club.

## Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : Tel :

## Questionnaire de santé

J'ai répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé, le certificat médical est valable 3 ans ( adulte ) ou j'en suis dispensé ( mineur ).

J'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé, je dois (re)faire un certificat médical.

Date du certificat médical : / /

Cotisation annuelle ( chèque à l'ordre de « USM Aïkido » ) : Cours Enfants/Ados : 140€

( Réduction de 25€ à partir de la deuxième inscription )

Cours Adultes : 170€

Fait à : le : / /

Signature du licencié ou du représentant légal :