

E.J.K. GOLFE-JUAN

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT/JEUNE

NOM :

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE : A :

NATIONALITÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE PARENTS

DOMICILE :

TRAVAIL :

PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION DES PARENTS :

PERE :

MÈRE :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'E.J.K. GOLFE-JUAN ? Presse Publicité Internet Autres

préciser :

AUTORISATION POUR LA PUBLICATION DES PHOTOS (PRESSE, PUBLICITÉ, INTERNET) : OUI NON

NOUS AUTORISONS NOTRE ENFANT À PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DE L'EJK GOLFE-JUAN

NOUS L'INSCRIVONS POUR LA (LES) DISCIPLINE(S) SUIVANTE(S) * :

JUDO

INITIATION ARTS MARTIAUX (4-5 ANS)

KARATE

AIKIDO

KICK-BOXING

KOBUDO SPORTIF ET TRADITIONNEL

* 36 Euros en supplément par discipline

OPTION : (Ne cocher qu'une case)

COMPÉTITION

LOISIR

LICENCES SUPPLÉMENTAIRE(S) :

NB : LA COTISATION N'EST PAS REMBOURSABLE

DATE :

SIGNATURE (Responsable légal)

(précédée de la mention « lu et approuvé »):

CADRE RÉSERVÉ AU CLUB

COTISATION :

LICENCES SUPPLÉMENTAIRES :

PASSEPORT(S) :

CERTIFICAT MEDICAL :

PHOTOS :

ENVELOPPES :

**CERTIFICAT
DE NON CONTRE-INDICATION
AUX ACTIVITES PUGILISTIQUES**

Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin
Auquel il demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique
Ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il pourrait présenter.

Je soussigné.....
Docteur en médecine

CERTIFIE

Que le ou la nommé(e) :.....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités
Pugilistiques (loisir et compétition).

Observations éventuelles :.....
.....
.....

POIDS (obligatoire) :.....Kg

Délivré à :..... le

Cachet du médecin indiquant le nom et l'adresse

Signature du médecin