



AIKIDO CLUB MJC VAUX EN VELIN

Président : Nordine SASSI

Contact : aikido.mjc.vv@gmail.com



13, Rue H. BARBUSSE

N° FFAB: 518 69 013
Site : <http://aikidvaulx.fr/>

Agrément n° 06S83 Ministère des Sports –
Arrêté du 7 octobre 1985 et du 3 décembre 2004

69120 VAUX EN VELIN
Tél : 04 72 04 13 89

Fiche d'inscription mineurs 2020/21

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nom des parents (ou tuteur légal) : _____

Adresse : _____

Tél : Domicile : /__//__//__//__//__//__/ Portable : /__//__//__//__//__//__/

Parents 2 (le cas échéant) : _____

Adresse : _____

Tél : Domicile : /__//__//__//__//__//__/ Portable : /__//__//__//__//__//__/

Décharge :

Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'association (mjc), être en possession d'une assurance de responsabilité civile et de ne pas avoir de contre indication médicale à la pratique de l'Aïkido ; je dégage l'association et le cadre bénévole de toute responsabilité en cas d'accident et m'engage à fournir un certificat médical dans les plus brefs délais.
Je reconnais avoir pris connaissance de l'étendue des garanties proposées par la fédération pour les assurances complémentaires.

Autorisation parentale :

J'autorise l'enfant nommé ci-dessus à pratiquer l'Aïkido.
En cas d'accident, j'autorise le cadre bénévole à prendre toutes les dispositions qu'il jugera nécessaires.
Allergies médicamenteuses éventuelles: _____
L'enfant est autorisé à sortir de la salle seul en fin de cours, sauf demande expresse des représentants légaux

Droit à l'image :

J'autorise l'Aïkido MJCVV à publier la photo de l'adhérent sur le site internet de l'association, ainsi que dans les publications locales , à des fins de promotion de l'Aïkido.

(Rayer le paragraphe en cas de refus)

NOM, date et signature des parents (ou tuteur) : _____

L'inscription sera effective après paiement de la cotisation et fourniture du certificat médical.