



licence envoyée

licence reçue le .....

# ACADEMIE DE COMBAT ASHIGARU

PHOTO

NOM: ..... PRENOM: .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Date de naissance: ..... / ..... / .....

Téléphone: .....

Adresse Email: .....

J'accepte de recevoir des Emails de la part de l'Académie de Combat ASHIGARU

Je refuse de recevoir des Emails de la part de l'Académie de Combat ASHIGARU

Je soussigné(e) demande mon inscription à l'Académie de Combat ASHIGARU pour l'année ..... / ..... et m'engage à régler l'ensemble de ses cotisations.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts de l'association et y adhérer sans réserve.

### Discipline(s) choisie(s):

Aéro Kick / Cardio Boxe

MMA Girl Power (Karate Mix)

**SARC** / Krav-Maga

Karate Mix / Pancrace / Sambo MMA

Kick-Boxing / K1 / Muay Thai

Jeux de Lutte et d'Opposition (3/6 ans)

Sambo Kids (6/10 ans)

Pancrace Ados (10/16 ans)

Kick-Boxing Ados (10/16 ans)

Autre (précisez) .....

Personne à prévenir en cas d'accident: .....

Numéro de téléphone: .....

Fait à Bourgoin-Jallieu, le ..... / ..... / ....., pour servir et valoir ce que de droit.

**Signature, précédée de « lu et approuvé »:** .....

**Pièces à joindre: ( ) certificat médical ( ) 2 enveloppes timbrées avec nom et adresse  
( ) 2 photos d'identité**

**Tout dossier incomplet ne sera pas considéré**

### Pour les mineurs, autorisation parentale:

Je soussigné(e), tuteur, tutrice, responsable légal(e), demande l'inscription de mon enfant ..... né(e) le ..... / ..... / ..... à l'Académie de Combat ASHIGARU.

*J'ai noté que l'Académie de Combat ASHIGARU n'est en aucun cas tenu de prévenir les parents en cas d'absence de l'enfant. Il est obligatoire pour les parents d'accompagner leur enfant à l'entrée de la salle afin de s'assurer que les cours ont bien lieu, et de le récupérer au même endroit à la fin desdits cours.*

Nom: ..... Prénom: .....

A Bourgoin-Jallieu, le: ..... / ..... / .....

**Signature, précédée de « lu et approuvé »:** .....

### PARTIE RESERVEE AU CLUB

Cotisation payée par  espèces  ..... chèque(s) numéro(s) .....

Banque: .....

TOTAL: ..... euros

Pièces jointes: ( ) certificat médical ( ) enveloppes timbrées ( ) photos d'identité