



Fiche de renseignements

Saison : 201__ - 201__

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____ Sexe : _____

Adresse Complète : _____

Code postal : _____ VILLE : _____

@ mail 1 : _____

(le plus lisiblement possible)

Tél port 1: _____ Tél port 2: _____

Responsable de l'Enfant (pour les mineurs) : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence et N° Tel : _____

Médecin traitant _____ TEL _____

Je soussigné(e) _____ m'engage à fournir sous quinze jours

Un certificat Médical avec la mention «Apte à la pratique de la self défense»

NB: à compter du 15^{er} Octobre, seuls les Membres à jour de leur certificat médical seront admis aux cours de Self Défense.

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la section, à faire donner tous les soins nécessaires à mon enfant.

J'autorise - Je n'autorise pas la diffusion d'images me représentant ou représentant mon enfant.
(rayer la phrase inutile)

Fait à Drap, le _____

Signature du responsable de l'enfant

L'Adulte pratiquant

Attention ! Les adultes salariés pratiquant la self défense, peuvent souscrire une assurance complémentaire pour couvrir la perte éventuelle de salaire en cas d'accident (voir le club)