

FICHE D'INSCRIPTION



Nom : _____
 Prénom : _____
 Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____
 Ville : _____
 Code Postal : _____
 Téléphone : _____
 Email : _____
 Profession : _____
 Débutant : OUI-NON
 Grade actuel : _____

<i>Cadre réservé au club</i>
Date d'inscription
Certificat médical
Autorisation parentale
Règlement
Matériel

ACTIVITES ET TARIFS

Baby Karaté (enfants nés en 2012-2013- 2014)	Samedi de 14h à 15h	Cotisation 113 € + 37 € licence
Karaté enfants (enfants nés en 2008-2009-2010-2011)	Mercredi de 18h à 19h Samedi de 15h à 16h	Cotisation 138 € + 37 € licence
Karaté Ados (enfants nés en 2004-2005-2006-2007)	Mercredi de 19h à 20h Samedi de 16h à 17h	Cotisation 138 € + 37 € licence
Préparation aux grades	Mercredi 20h à 21h	
Cours adultes	Lundi et Jeudi de 20h à 21h30	Cotisation 178 € + 37 € licence
Compétiteurs Combats	Samedi de 17h à 19h	Complément 80 €
Compétiteurs Kata	Samedi de 10h à 12h	Complément 80 €

*La cotisation est due en début d'année et ne dépend pas du nombre de cours.
 Elle n'est ni transmissible, ni remboursable.*

NOS PARTENAIRES



25 RUE DE L'ECLUSE 68120 PFASTATT
 Tél 03 89 51 06 92 - Fax 03 89 53 90 39



www.secourelec.fr

RENOVATION

MENTIONS LEGALES

J'ai pris connaissance de la possibilité de souscrire auprès de la Fédération une assurance complémentaire (indemnité journalière, etc. se renseigner auprès du responsable du club).

Je soussigné responsable légal de la personne ci-dessus, agissant en qualité de autorise les responsables du Club IMKS Karaté Colmar, auquel adhère mon enfant à prendre, en cas d'accident dans la pratique du sport, toute disposition utile à sa santé et à faire pratiquer tout acte d'ordre médical et/ou chirurgical nécessaires en cas d'urgence.

Les parents ont l'obligation de s'assurer de la présence du professeur avant de laisser leurs enfants au Dojo et de rechercher leurs enfants dès la fin des cours.

Colmar, le

**SIGNATURE (des parents pour les moins de 18 ans)
avec la mention « lu et approuvé »**

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur : oui non

Nom, adresse et numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident :

.....
.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : demeurant à

Certifie avoir examiné ce jour :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique du karaté y compris en compétition.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Cachet du Médecin/ Signature du médecin

DROITS D'IMAGES

- J'autorise la diffusion de photos et de vidéos sur le site internet du club et sur le journal local
- Je n'autorise pas la diffusion de photos et de vidéos sur le site internet du club et sur le journal local