



FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Fournir obligatoirement un certificat médical autorisant la pratique du Karate

- Nom : Prénom :
- Date de naissance : Tél Portable :
- Adresse :
- Mail : Profession/Etudes :
- Si vous êtes déjà pratiquant, indiquez votre grade :
- N° licence FFK : Nationalité :

Je soussigné(é),

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et le respecter.
- Accepte que moi ou mon enfant soit photographié / filmé dans le cadre des cours et/ou toutes autres manifestations sportives de l'association afin de promouvoir son activité
- Comprends que l'identité de mon enfant sera communiquée au gérant des lieux pour des raisons de sécurité.
- Autorise l'association à faire intervenir les services médicaux d'urgence, en cas d'extrême nécessité.

Personne à contacter en cas de problème :

- M/Mme :
- Tél Portable :

A Paris, le

Signature :