



BULLETIN D'ADHESION

SAISON 2021-2022

www.cercle-arts-martiaux-maconnais.fr
 07, rue Jean Dagnaux 71000 MACON
 Tél. : 03.85.38.66.58

Cadre réservé au CLUB

Pièces : Certif. Photo Envel.

Règlement effectué :

- en CHQ ESP CHQ VAC

- le _____

- de _____ €

DOSSIER COMPLET

Adhésion à partir de 7 ans (avec Accord de l'instructeur)

Madame Monsieur Né(e) le / /

Nom

Prénom

Tél. Mobil.

Email

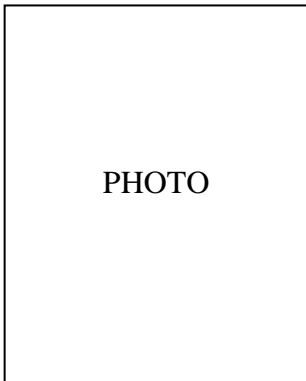
Profession

Etudiant Oui Non

Adresse

Code postal

Ville



Comment avez-vous eu connaissance de club ? : _____

DISCIPLINES CHOISIES OU PRATIQUEES : (cochez les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/>	JU-JUTSU	<input type="checkbox"/>	NINJUTSU	<input type="checkbox"/>	AIKI-JUTSU	<input type="checkbox"/>	AUTO-DEFENSE
GRADE :		GRADE :		GRADE :		GRADE : //	

SOUSCRIPTION A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE POUR COUVERTURE DES INDEMNITEES JOURNALIERES	OUI	NON
---	------------	------------

Cochez la case correspondante - Si OUI AJOUTER 10 € au montant de votre inscription

<u>PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER</u>			
<ul style="list-style-type: none"> • Un certificat médical de non contre indication à la pratique des sports de combat • Une photo d'identité (à coller ci-dessus case photo) • Une enveloppe timbrée, portant votre nom et adresse 	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Date du Certificat Médical</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	Date du Certificat Médical	_____
Date du Certificat Médical			

❖ Chèques-Vacances acceptés ❖ Possibilité de paiement en 3 fois ❖

**LES PERSONNES NE SERONT LICENCIEES
QU'APRES AVOIR DUMENT REMPLI LE BULLETIN CI-DESSUS
REMIS LE DOSSIER COMPLET ET REGLE LA COTISATION**

Les budokas devront se munir d'un kimono, d'une ceinture et d'une paire de claquettes.

Date et Signature

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Dans le cadre des formations et manifestations organisées par le C.A.M.M. la prise en charge des enfants et mineurs ainsi que leur garde ne peuvent être assurées qu'à l'intérieur de l'enceinte du « dojo » et durant les horaires prévus

M., Mme : _____ Père, Mère, Tuteurs,

Autorisent : _____

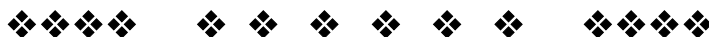
à pratiquer les Arts Martiaux au Cercle d'Arts Martiaux Mâconnais.

Mâcon, le _____

Signature(s)

(Pour les mineurs signatures de chaque parent ou tuteur)

Le fait d'adhérer au club emporte la reconnaissance et le respect des dispositions et obligations figurant dans les statuts du C.A.M.M. ainsi que dans le règlement intérieur et les annexes (Affichés à l'accueil du club)



PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____

Tél : _____

Nom : _____

Tél : _____