



**BULLETIN D'ADHESION**  
**SAISON 2012-2013**

Cadre réservé au CLUB

**CERCLE D'ARTS MARTIAUX MACONNAIS**

07, rue Jean Dagnaux - 71000 MACON

Tél. : 03.85.38.66.58

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

PHOTO

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Etudiant : ☐ OUI ☐ NON

**DISCIPLINES CHOISIES OU PRATIQUEES :** (cochez les cases correspondantes)

|                                      |                                     |                                      |                                 |                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JÛ - COMBAT | <input type="checkbox"/> JÛ - JITSU | <input type="checkbox"/> NIN - JITSU | <input type="checkbox"/> AIKIDO | <input type="checkbox"/> AUTO DEFENSE |
| GRADE : _____                        | GRADE : _____                       | GRADE : _____                        | GRADE : _____                   | GRADE : _____                         |

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

- Un certificat médical de non contre indication à la pratique des sports de combat
- Deux photos d'identité
- Trois enveloppes timbrées, portant votre nom et adresse

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 REGLEE LA COTISATION**

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

Date et Signature

Autorisation parentale

Compléter obligatoirement (page 2)

## **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 \_\_\_\_\_