



# BULLETIN D'ADHESION

## SAISON 2020-2021

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

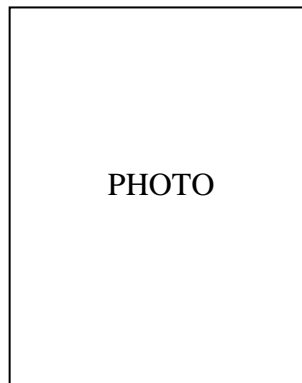
Profession

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

<b>SOUSCRIPTION A L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE          POUR COUVERTURE DES INDEMNITEES JOURNALIERES</b>	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON</b>
--	-------------------------------------	-------------------------------------

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

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

- 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

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 : \_\_\_\_\_

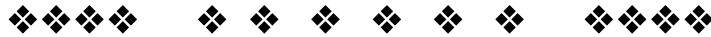
à pratiquer les Arts Martiaux au Cercle d'Arts Martiaux Mâconnais.

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 : \_\_\_\_\_