



BUSHIDO CLUB DE SEDAN

ARTS MARTIAUX TRADITIONNELS SELF-DÉFENSE

NOM : Prénom :
Date de naissance : / / Lieu :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : / / / / Date d'inscription : / / 20.....
Adresse mail :@.....

AUTORISATION PARENTALE (pour les membres mineurs)

Je soussigné (e) : Père, Mère, Représentant légal
Souhaite inscrire, ma fille, mon fils
au Bushido Club de Sedan pour la pratique du Goshindo.
En cas d'accident, j'autorise le Bushido Club de Sedan, à faire diriger mon enfant vers l'hôpital
le plus proche. Personne (s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom prénom :
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL * Pour la pratique des Arts Martiaux

Je soussigné (e) , Docteur.....,
certifie avoir examiné
M^{elle}, M^{me}, M^r Inscrit (e) au Bushido
Club de Sedan, et n'avoir constaté à ce jour, aucune contre-indication à la pratique de cette
activité.

A le / / 20...

Signature et cachet du médecin

**Le certificat médical n'est plus obligatoire pour les majeurs*

REGLEMENT ANNUEL (Licence + assurance + cotisations)

Montant : € Mode de règlement : Espèces, Chèque bancaire

Sedan le / /

Signature :