



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

Melle, 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

REGLEMENT ANNUEL (Licence + assurance + cotisations)

Montant : €

Mode de règlement : Espèces, Chèque bancaire