



PHOTO SI
NOUVEAU

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

LIEU :

ADRESSE : N°

RUE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉL FIXE :/...../...../...../.....

TÉL PORTABLE :/...../...../...../.....

AUTRE :/...../...../...../.....

MAILS : _____ @ _____ GRADE :

_____ @ _____

A REMPLIR PAR LES PARENTS : ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

➤ Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance du règlement du Dojo et autorise mon enfant à pratiquer l'Aïkido.

➤ J'accepte que mon enfant figure sur des photos de groupes : OUI NON

➤ Personne à prévenir en cas de problème :

Nom :

Lien parenté:

Tél : / / / /

Fait à

Le :

A REMPLIR PAR LE DOJO

Fiche CERFA – Certificat médical 15699 rempli (confidentiel – conservé par pratiquant)

CERTIFICAT MÉDICAL (si nécessaire) : 2 EXEMPLAIRES (OU 1EXP + TAMPON PASSEPORT)

Année certificat: 20.....

1 PHOTO

PASSEPORT À FAIRE

ATTESTATION C.E. À FAIRE : OUI

NON

COTISATION VERSÉE (NON REMBOURSABLE)

MONTANT :€

LICENCE DONNÉE CONTRE SIGNATURE : OUI

NON

Siège social : Hôtel de ville -95230 Soisy- sous-Montmorency

Adresse correspondance : Laurent PERARO 4 rue Jean Monnet-95160 Montmorency

Tél. : **Frédéric** : 06 73 31 92 48

Laurent : 06 28 30 19 16

e-mail : kobukan.soisy@gmail.com

Site : www.aikido-soisy.com

Facebook : facebook.com/kobukansoisy