



SAISON
2024/2025

De 7 à 12 ans

ESPACE RESERVÉ AU CLUB

Montants

- CHEQUE(S) =
- ESPECES =
- TICKET CAF =
- COUPON SPORT =
- CHEQUES VACANCES =
- PASS JEUNES =

MONTANT TOTAL REGLÉ =

AUTORISATION PARENTALE A SIGNER

Questionnaire Santé

Date d'inscription :

Nom Prénom

Date de naissance :/...../..... Féminin Masculin -

Ville de naissance : Pays de naissance :

Code postal de la ville de naissance : **Téléphone**.....

Adresse actuelle

Code postal : Ville

IMPORTANT - Merci d'écrire le plus lisiblement possible votre adresse mail

Email : @.....

Votre adresse mail ne fera pas l'objet de cession à but commercial et restera exclusivement pour des échanges interne avec le club.

FORFAIT 2 COURS = 166 € (Inclus licence Fédérale FFKMDA de 25 €)

PAIEMENT :

Possibilité de régler en 3 chèques différés.

Chèques vacances et Tickets CAF acceptés. Pass' jeunes 2024/2025 et espèces..

CLAUSES :

- Les personnes ne disposant pas d'un certificat médical ne seront pas acceptées dans la salle de sports.
- Le club se réserve le droit de refuser l'accès aux cours si le pratiquant n'est pas à jour du règlement de sa cotisation et/ou de sa licence.
- **J'autorise / Je n'autorise pas** l'utilisation individuelle de mon image et/ou de mon enfant sur les outils multimédias des AMT (Rayer la mention inutile).

Je déclare accepter que les informations portées sur la fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 06/01/98 (art 26 et 27) me donne un droit d'accès et de rectification, et que ces informations ne peuvent faire l'objet d'une cession.

Votre adresse mail ne fera pas l'objet de cession à but commercial et restera exclusivement pour des échanges interne avec le club.

Nom :

Prénom :

Signature



ARTS MARTIAUX TOULOIS

SAISON 2024 - 2025

Nom

Prénom

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

Nom

Prénom.....

Téléphone :

Nom

Prénom.....

Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e) _____
(nom et prénom du représentant légal)

• Autorise mon fils ou ma fille _____
(nom et prénom de l'enfant)

à pratiquer la **BOXE THAILANDAISE / KICK BOXING** au sein du club **ARTS MARTIAUX TOULOIS** lors de la saison 2024-2025.

• **Reconnait avoir été informé(e)** que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera qu'à partir du lieu d'entraînement et à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation pour tout déplacement prévu dans le cadre du club.

• **Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins (Tétanos, ...)**

• **Certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique de la la BOXE THAILANDAISE / KICK BOXING datant de moins d'un an.**

A, le/...../ 20.....

Signature