



SAISON
2025 - 2026

Enfants
de 7 à 13 ans

☐ **AUTORISATION PARENTALE A SIGNER**

☐ Certificat médical

☐ Certificat médical dans Passeport sportif

ESPACE RESERVE AU CLUB

Montants

- | | |
|---|---|
| ☐ CARTE BANCAIRE | = |
| ☐ CHEQUE(S) | = |
| ☐ ESPECES | = |
| ☐ TICKET CAF | = |
| ☐ COUPON SPORT | = |
| ☐ CHEQUES VACANCES | = |
| ☐ PASS JEUNES | = |

MONTANT TOTAL REGLÉ =

Date d'inscription :

Nom Prénom

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

Ville de naissance : Pays de naissance :

Code postal de la ville de naissance :

Adresse actuelle

Code postal : Ville

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

Email : @.....

Téléphone :

FORFAIT 2 COURS = 170 € (Inclus licence Fédérale FFKMDA de 27 €)

MOYENS DE PAIEMENT :

Possibilité de régler en 3 chèques différés.

Carte Bancaire, Chèques Vacances, Coupons Sport et Tickets CAF acceptés.

CLAUSES :

- Les personnes ne disposant pas d'un certificat médical ne seront pas acceptées pour suivre les cours dans les salles d'entraînement du club.
- 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 06/01/78 (art 26 et 27) et modifié par Ordonnance n°2018-1125 du 12 décembre 2018 - art. 1 me donne un droit d'accès et de rectification, ces informations ne peuvent faire l'objet d'une cession.

Le téléphone et l'adresse mail ne feront pas l'objet de cession à but commercial et resteront exclusivement pour des échanges interne avec le club.



ARTS MARTIAUX TOULOIS

SAISON 2025 - 2026

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 2025-2026.

● **Reconnaît 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