



SAISON
2025 - 2026

ENFANTS
de 11 à 14 ans

AUTORISATION PARENTALE A SIGNER

Certificat médical

ESPACE RESERVÉ 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 :

1 COURS = 142 € (Inclus licence fédérale de 30 €)

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

LICENCE MMAF N°

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 le MMA (Martial Mixte Art) au sein du club **ARTS MARTIAUX TOULOIS** lors de la saison 2025-2026.

● **Autorise le responsable de l'encadrement** à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.
(en cas de refus rayer la mention)

A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

● **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 compétitive du MMA datant de moins d'un an.**

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

Signature