



Discipline : Judo Karaté Aïkido Self Défense
 Baby Karaté Baby Judo

Grade : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ VILLE : _____

Date de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Sexe : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Personne autorisée à venir chercher l'enfant en dehors de ses représentants légaux :

Autres informations, allergies, etc. :

Reconnaiss avoir lu le règlement intérieur du club et approuvé.



AUTORISATION PHOTOGRAPHIES FILM ET DIFFUSION

* Je soussigné(e), Mme, Mr : (* Participant ou représentant légal)

Nom du ou des licenciés concernés :

Certifie être consentant(e) à la prise de vues et à leurs diffusions par « l'école d'arts martiaux de Simiane-Collongue » sur différents supports, abandonnant les droits à l'image, dans le respect de la législation en vigueur en France et suivant les règles déontologiques de la protection de la ou des personnes photographiées à l'occasion des différentes activités proposées.

Fait à : _____

Signature :

Le : _____

AUTORISATION REPRESENTANT LEGAL (pour mineur uniquement)

* Je soussigné(e), Mme, Mr : (* Participant ou représentant légal)

Autorise mon fils / ma fille ::

à pratiquer une activité proposée à l'école d'arts martiaux, reconnais avoir en ma possession le règlement intérieur du club, l'avoir lu et l'approuver.

Fait à : _____

Signature :

Le : _____