



N° d'Adhésion :

## Fiche D'Inscription

Obligatoire aux anciens adhérents pour une remise à jour des fichiers

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Kg. Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Domicile) : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

Loisirs : \_\_\_\_\_ Autres Sports pratiqués : \_\_\_\_\_

En signant cette Fiche, je m'engage à respecter le règlement du club central de taekwondo, à entraîner mon corps et mon esprit par la pratique du taekwondo. (Aucune cotisation ne sera remboursée).

Signature : \_\_\_\_\_ Fait à .....le .....

Comment connaissez- vous notre Club ? : 1) Affiche ( ), 2) Pages Jaunes ( ), 3) Bouche à Oreille ( ), 4) Internet( ).

Autorisation Parentale (-18 Ans)	Certificat Médical
Je soussigné(e) M <sup>r</sup> et M <sup>me</sup> : .....	Je soussigné Docteur : .....
Autorise Mon Enfant : ..... .....à pratiquer le Taekwondo.	Certifie avoir examiné : .....
Fait à .....le .....	Né (e) le...../...../.....n'avoir constaté à jour Aucun signe clinique ne contre -indiquant la pratique du Taekwondo
Signature :	Fait à :.....le .....
Profession du Père : .....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Cachet et Signature du Médecin</b> </div>
Profession de la Mère : .....	
La Personne à contacter en cas d'urgence : N° de Tél. : .....	