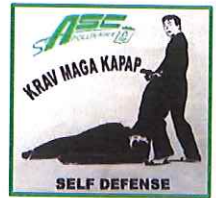


BULLETIN D'INSCRIPTION

(à remplir obligatoirement et entièrement. Seules les informations précédées d'un (*) sont facultatives.)



Nom Prénom

Né(e) le / / à

demeurant

.....

Code Postal Ville

Tél. 1 / / / / Tél. 2(*) / / / /

E-mail Taille Tee-shirt :

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom Prénom

Tél. 1 / / / / Tél. 2(*) / / / /

Photo (pourra être réalisée sur place) et Certificat médical pour la pratique de la SELF DEFENSE à fournir obligatoirement.

A , le / /

Signature (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)
demeurant

Code postal Ville

Autorise l'Association Sportive et Culturelle de Saint-Apollinaire, section Krav Maga / Kapap à me photographier et me filmer dans le cadre des différents événements que l'association organise.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet et les réseaux sociaux de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association.

- Pour moi-même J'accepte Je refuse
- Pour mon enfant (si mineur) J'accepte Je refuse

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'Association Sportive et Culturelle de Saint-Apollinaire, section Krav Maga / Kapap qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

A, le / /

Signature



Autorisation pour le parent / représentant légal si mineur(e).

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Je soussigné(e)
demeurant

Code Postal : Ville :

Tél. 1 / / / / Tél. 2 / / / /

- Père Mère Représentant légal (cochez la case correspondant à votre cas)



AUTORISATION PARENTALE

(à remplir si le participant est mineur)



Je soussigné(e).....

demeurant

.....

Code postal Ville

Tél.1 / / / / Tél. 2 / / / /

Adresse mail :

N° de Sécurité Sociale :

Père Mère Représentant légal (cochez la case correspondant à votre cas)

3. autorise mon enfant ci-dessus désigné à participer aux entraînements (intra-muros et dans les autres clubs) et manifestations de la saison 2017-2018 organisés par l'Association Sportive et Culturelle de Saint-Apollinaire, section Krav Maga / Kapap.

4. autorise les responsables de la section Krav Maga / Kapap à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, à l'enfant.

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom Prénom

Tél. 1 / / / / Tél. 2 / / / /

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

A, le / /

Signature (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(à remplir si le participant le souhaite)

Nom Prénom

Profession :

Parcours sportif

Sport pratiqué

durée niveau

Sport pratiqué

durée niveau

ASC Krav Maga Kapap

Ancienneté au club niveau

Objectif principal de la saison (1 seule réponse)

Loisirs Entretien physique Passage de ceinture Savoir se défendre

Vos attentes

.....
.....
.....
.....