

SHOTOKAN KARATE CLUB SOPHIA ANTIPOLIS

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

Prénom :

Sexe: Homme - Femme

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse email :

Né(e) le :

Né(e) à :

Nationalité :

Profession :

Date d'adhésion : __ / __ / ____

RESPONSABILITE CIVILE ET DROIT A L'IMAGE (Photo / Média)

Je soussigné, adhérent a l'Association Shotokan Karate Club de Sophia Antipolis (SKCSA) ne pourra exercer aucun recours contre la dite Association à la suite d'accidents survenus dans la pratique du Karaté ou tous autres préjudices physiques, civiles et professionnels et dégage la responsabilité des membres dirigeants et des enseignants chargé de la section.

J'autorise le l'Association Shotokan Karate Club de Sophia Antipolis (SKCSA) à publier les photos et films de l'adhérent pris dans le cadre de ces activités.

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné Docteur :

Certifie que Madame / Mademoiselle / Monsieur :

Né(e) le :

Ne présente aucune contre indication et est donc apte à la pratique du karaté à l'entrainement et à la compétition.

DATE : __ / __ / ____

Signature et cachet :

NB: L'obtention d'une licence sportive implique la nécessité d'établir un certificat médical obligatoire attestant l'aptitude du sport et de la compétition (loi du 16 Juillet 1984 article 35).

AUTORISATION PARENTALE

Pour les mineurs l'autorisation ci-dessous est a remplir et a signer par les parents ou le tuteur legal

Je soussigne :

Autorise mon fils, ma fille :

A pratiquer le karaté au dojo de Sophia Antipolis.

Fait à :

Le : __ / __ / ____

Signature :