



SHOTOKAN KARATE CLUB SOPHIA ANTIPOLIS

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRENOM :

SEXE: **M F**

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

ADRESSE EMAIL :

NE(E) LE :

A :

NATIONALITE :

PROFESSION :

DATE D'ADHESION :

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

- Je soussigné, adhérent à 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 KARATE 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 SHOTOKAN KARATE CLUB DE SOPHIA ANTPOLIS à publier les photos et films de l'adhérent pris dans le cadre de ces activités.

SIGNATURE :

AUTORISATION PARENTALE

POUR MES 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 **KARATE** AU DOJO DE SOPHIA ANTIPOLIS.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :
