

NOM		Prénom					
Adresse		Tél. 1					
		Tél. 2					
Code Postal		Tél. 3					
Ville		Email					

Section	Judo	Karaté	Aïkido	Self-défense			Saison
				XXXX			2025

Nom EAM	Observations

Date de naissance	Sexe F/M		Saisie
			Réservé EAM
N° chèque	Montant	Nom du tireur	
1			
2			
3			
Don pour l'association			
Banque			

Aucune inscription ne sera prise en compte sans que la cotisation ne soit complètement acquittée

Autorisation médicale			
Certificat	Questionnaire	Passeport	Non fournie

	09.00 / 10.00	10.00 / 12.00	11.30 / 12.30	12.30 / 13.30	13.30 / 14.30	14.30 / 15.30	15.30 / 16.30	16.30 / 17.00	18.00/19.00	19.00/20.00	20.00/21.00
Lu									Préparation grades		
Ma											
Me										Adultes	
Je											
Ve											
Sa		Adultes									

<p>Le montant total de l'adhésion reste toujours acquis au club. Aucun remboursement même partiel ne sera effectué.</p> <p>Nous rappelons qu'en dehors des cours et des dojos, les enfants sont sous la responsabilité de leurs parents.</p> <p>J'autorise le club à mettre en place toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident durant un cours.</p>	<p>Après avoir pris connaissance du règlement intérieur :</p> <p>"lu et approuvé "</p> <p>Signature</p>	<p>Date :</p>
---	---	---------------



## TARIFS SELF DEFENSE

Catégorie	Tarif
Adhérent tout âge	1 adhérent - 270€ (ou 3 x 90€)
	2 adhérents - 10% remise - 486€ (ou 3 x 162)
	3 adhérents - 20% remise - 648€ (ou 3 x 216€)

## PRISE DE LICENCE MINEURS - ATTESTATION - Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] .....,  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] .....,  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :

## PRISE DE LICENCE MAJEURS - ATTESTATION - QS SPORT

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] .....,  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

## REFUS DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] .....,  
refuse par la présente, que les responsables de l'association Ecully Arts Martiaux diffusent les photographies sur lesquelles figurent moi-même et/ou mon enfant .....,  
dont je suis le/la responsable légal, en vue de la publication sur les différents supports de communication du club: site web ou page Facebook du club, email aux adhérents du club, support papier avec affichage au sein du club ou dans la presse.

Ce refus pourra être révoqué à tout moment, par lettre à l'adresse suivante :

- Ecully Arts Martiaux - 5 rue Jean Rigaud - 69130 Ecully

L présent refus est personnel, nominatif et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Date et signature