



SAISON 2023/2024

BUDO-CLUB 66

EQUINOXE KARATE

PHOTO


D'IDENTITE

OBLIGATOIRE

Salle Dojo Complexe sportif José Arrieta 66280 Saleilles



LICENCE N°(si déjà licencié FFKDA)

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Adresse COURRIEL(en majuscules) :

_____ @ _____

Téléphone : Portable :

Profession : Groupe sanguin :

Demande mon adhésion au BUDO CLUB 66 et certifie accepter son règlement intérieur

DATE ET SIGNATURE :

(faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

A joindre : Certificat médical de non contre-indication à la pratique du KARATE

POUR LES MINEURS AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), _____ (père, mère, tuteur)

Autorise mon enfant _____

à pratiquer le Karaté Défense au sein du « BUDO-CLUB 66 ».

Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et de fonctionnement du club. En cas d'incident, j'autorise l'éducateur ou les dirigeants du club à prendre pour moi toutes les mesures qu'ils estimeront nécessaires.

Date et signature du représentant légal :

(faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Cours de Karate Défense le jeudi de 19h30 à 21h00 et le samedi de 10h30 à 12h00.

Cours de Body Karate (fitness en musique) le samedi de 9h30 à 10h30.

Le premier cours d'essai est gratuit. Body Karate à partir de 13 ans et Karate Défense à partir de 16 ans.

Tarif pour la saison 2023/2024 (licence FFKDA incluse) : 165 € (accès aux cours de Karate Défense et Body Karate) – 155 € accès aux cours de Body Karate uniquement

Toutes les cotisations sont payables dans leur intégralité lors de votre inscription, toutefois nous accordons des facilités de paiement, soit 2 chèques encaissables à 1 mois d'intervalle.

Toute cotisation versée ne sera en aucun cas remboursée.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

certifie avoir examiné ce jour : M, Mme, Mlle

Né(e) le : ____/____/____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du KARATE en club, stage ou compétition

Fait à _____, le ____/____/____

Cachet et signature du Médecin