

**FICHE D’INSCRIPTION SAISON 2019 – 2020** KARATE DO SHOTOKAN LAMBRES (KSL)

 78, Rue du Héron Cendré 59 151 ARLEUX

 Portable : 0601001887 Mail : karatedoshotokan.lambres@gmail.com

 Site INTERNET : https://karatedoshotokanlambres.sportsregions.fr

 N° Association : W593004772

 N° SIREN : 850543760

|  |
| --- |
| **Renseignements sur l’adhérent**Nom **:** Prénom :Date de naissance : Lieu de naissance : Age :Adresse : Code Postal : Ville :Téléphone Domicile : Téléphone Portable : Adresse E-mail : @ Débutant Déjà pratiquant : ceinture\_\_\_\_\_\_\_\_ N° licence :**Personne à prévenir en cas d’urgence** : Portable :  |

**La cotisation est de 130 €. Aucun remboursement ne sera effectué sauf cas extrême (maladie, invalidité).**

**Mode règlement : Paiement possible en 3 fois (réduction famille 3ème adhérent : 120 € - 4ème et suivants 100 €).**

**Autorisation parentale pour les mineurs (accident et droit à l’image) :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (père – Mère – tuteur si mineur) **\***

 Autorise le club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d’accident survenant durant les cours ou les manifestations auxquelles participerait le club.

 Autorise n’autorise pas l’utilisation des photos prises pendant les activités du club à des fins d’illustration et de communication.

**Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur du KSL et m’engage à le respecter.**

**Le Signature de l’adhérent ou de son**

 **représentant légal (Lu et approuvé)**

\* Rayer les mentions inutiles

**Pièces à fournir :**

* **Fiche d’inscription intégralement remplie.**
* **Certificat médical (obligatoire) indiquant la non contre-indication à la pratique du karaté en compétition (même pour les non compétiteurs).**
* **1 photo d’identité (*pour ceux qui ne l’ont pas déjà fourni*).**
* **Le règlement de la cotisation à l’ordre de KSL.**

|  |
| --- |
| **Réservé au Bureau du KSL**Règlement : Chèque Nombre chèques : Espèces **Situation dossier Dates :**Certificat médical : OUI NON OUI NON Photo : OUI NON OUI NONRèglement : OUI NON OUI NON |

 **COMPLET**

Date :