Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone 

Email :

« En cas d'urgence prévenir » : Nom / Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tél : Lien de parenté :

Observations particulières :

|  |  |
| --- | --- |
| FICHE D'INSCRIPTION  | 2024/2025 |

# AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné Mr / Mme :

Autorise mon enfant à la pratique des activités proposées par le Karaté Club de Landivisiau.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint annexé et m'engage donc à le respecter.

Autorisation de soins

[ ]  J'autorise. [ ]  Je n'autorise pas Le responsable du cours auquel participe mon enfant, à faire intervenir un médecin pour pratiquer toute intervention indispensable en cas d'urgence.

Sortie de salle

[ ]  J'autorise [ ]  Je n'autorise pas Mon enfant à quitter seul la salle à la fin du cours.

Droit d'image

[ ] J'autorise. [ ]  Je n'autorise pas Le Club de Karaté à utiliser les photos de mon enfant prises au cours des compétitions, des entraînements et toute autre manifestation pour le tableau d'affichage, CD-Rom, site Internet, publications diverses ou dans tout autre but non-commercial lié directement à l'activité du club, et note que la publication ne donne pas droit à rémunération.

Fait à : Le : Signature :