

PHOTO



Fiche d'inscription :

Nom:	_____	Prénom:	_____
Date de naissance:	_____		
Adresse:	_____		
Mineur	Tél mobile: _____	Tél Fixe:	_____
E-mail:	_____		
Parent	Tél mobile: _____	Tél Fixe:	_____
E-mail:	_____		
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE			
N°:	_____	Nom:	_____
MEDECIN TRAITANT :	_____	Tél:	_____
Paiement :	Chèque	Espèce	
Enfant (à partir de 8 ans)	50€ x	=	_____
Adulte (à partir de 18 ans)	75€ x	=	_____
*Kimono Club Ado:	25€x	=	_____
*Adulte :	30€x	=	_____
	_____		_____

(*Sous réserve des stocks)

AUTORISATION PARENTALES

✚ J'autorise mon enfant mineur à être pris en photo et être sur le site web de la Self-Défense :

*oui ou non (*rayer la mention)

✚ J'autorise mon enfant mineur à toute parution ou autre type de publication :

*oui ou non (*rayer la mention)

✚ J'autorise les 1^{er}s soins médicaux de mon enfant mineur :

*oui ou non (*rayer la mention)

Date :

SIGNATURE (parent pour les mineurs)