

DEMANDE D'ADHESION 2016-2017 à l' Ecole du Phoënix Celtic

http://www.phoenix-celtic.com ecoleduphoenixceltic@gmail.com 06-63-79-97-55 / 06-84-30-47-15

IDENTIFICATION de l'ELEVE

NOM : PRENOM : NAISSANCE : / /
ADRESSE :
VILLE : CODE POSTAL :
TEL : E-MAIL:

Self-Defense (1cours/sem)

Kung-Fu (2 cours/sem)

Les 2 disciplines

INFORMATIONS FACULTATIVES pour mieux vous connaître

Problèmes antérieurs à la pratique des Arts Martiaux, fragilités physiques connues (genoux, ...) ?

.....
.....

Motivation personnelle particulière (santé, défense, ...) ?

.....

Quels autres sports ou arts martiaux avez-vous déjà pratiqués ?

.....

Comment avez-vous connu le Phoënix Celtic (relations, affiche / flyer, presse, guides de rentrée...) ?

.....
.....

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE si mineur

Je soussigné(e) Mme / Mr (1)
autorise mon fils / ma fille (1) à pratiquer les Arts Martiaux.

(1) Barer la mention inutile

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Mme / Mr : TEL :
Mme / Mr : TEL :
Mme / Mr : TEL :

- ✓ Je reconnais avoir passé une visite médicale récente (- 3 mois) de non contre-indication à la pratique d'activités martiales et avoir fourni à l'enseignant le certificat médical délivré par le docteur.
- ✓ Je reconnais avoir été informé que l'adhésion à l'école ne comprend aucune garantie d'assurance en cas d'accident corporel. Il convient à chacun de contracter une assurance personnelle.
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur accessible sur le site internet de l'école du Phoënix Celtic et m'y conformer.
- ✓ Je renonce aux droits à l'image concernant les éventuelles prises de vue illustrant l'activité présente lors des entraînements, stages et démonstrations.

DATE : / /

SIGNATURE :

(précédée de « lu et approuvé »)