

Cycle Ados – Région Nord

Bulletin d'inscription

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : Adresse mail :

Licence n° : Grade : Date :

Club :

Professeur :

Je m'inscris au cycle ados (PREPA ADO) de 3AKH et m'engage pour le cycle 25/26

Quelques règles de fonctionnement :

L'élève s'engage pour l'ensemble du cycle. En cas d'empêchement exceptionnel, il prévient auparavant de son absence afin de faciliter la gestion de l'intendance.

Seules les inscriptions accompagnées du paiement correspondant seront prises en compte.

Date et signature de l'élève :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE

(Vaccinations, intolérances, allergies, traitements en cours etc...)

.....
.....
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom et prénom :

Parenté avec l'élève :

Téléphone : Adresse mail :

Je soussigné(e),

Autorise les responsables du stage à prendre, le cas échéant, toute mesure (visite médicale, hospitalisation,) rendue nécessaire par l'état de santé du stagiaire.

Autorise la sortie du stagiaire à pied à proximité du dojo, le cadre horaire et géographique ayant été déterminé auparavant avec les responsables du stage.

Autorise les responsables du stage et leurs élèves à transporter le stagiaire dans leurs véhicules lors des déplacements liés à la pratique (normandie, bretagne).

Autorise la diffusion des photos prises pendant les cours, comme outil promotionnel des stages d'aikido adolescents.

Date et signature du responsable légal :

Cycle Ados – Région Nord

Bulletin d'inscription

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone : Adresse mail :

Licence n° : Grade : Date :

Club :

Professeur :

Je m'inscris au cycle ados (PREPA ADO) de 3AKH et m'engage pour le cycle 25/26

Quelques règles de fonctionnement :

L'élève s'engage pour l'ensemble du cycle. En cas d'empêchement exceptionnel, il prévient auparavant de son absence afin de faciliter la gestion de l'intendance.

Seules les inscriptions accompagnées du paiement correspondant seront prises en compte.

Date et signature de l'élève :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE STAGIAIRE

(Vaccinations, intolérances, allergies, traitements en cours etc...)

.....
.....
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Nom et prénom :

Parenté avec l'élève :

Téléphone : Adresse mail :

Je soussigné(e),

Autorise les responsables du stage à prendre, le cas échéant, toute mesure (visite médicale, hospitalisation,) rendue nécessaire par l'état de santé du stagiaire.

Autorise la sortie du stagiaire à pied à proximité du dojo, le cadre horaire et géographique ayant été déterminé auparavant avec les responsables du stage.

Autorise les responsables du stage et leurs élèves à transporter le stagiaire dans leurs véhicules lors des déplacements liés à la pratique (normandie, bretagne).

Autorise la diffusion des photos prises pendant les cours, comme outil promotionnel des stages d'aikido adolescents.

Date et signature du responsable légal :