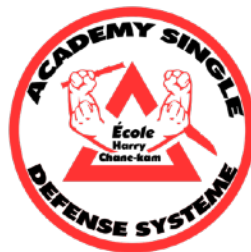


ADHESION INSCRIPTION

SAISON SPORTIVE 20....

Siège social : 159 rue
Routier grandval
97438 sainte Marie



☎ : 0692 158 852

ACADÉMY SINGLE DÉFENSE SYSTEMS

💻 : harry.chane@yahoo.fr

Famille (parent ou représentant légal), adhérent,

Nom : **Prénoms** :

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Tél.(fixe/portable) : **e-mail** :

Date de Naissance : **Profession** :

ELEVES

Nom Prénoms	Date de naissance	Lieu de Naissance	Date de 1 ^{ère} adhésion

01. Je détermine le montant de mon adhésion : **Adolescent** ☐ **Adultes** ☐

- **Je m'inscris** :

(merci de déterminer le mois et le montant ci-dessus)

02. Pièces à joindre : (obligatoire pour être pris en compte)

- Certificat médical avec mention : « Apte à la pratique de la self-défense).
- 2 Photos d'identité de l'élève portant le Nom, Prénom, date de naissance .
- Autorisation du droit d'image
- Cheque(s) ou liquidités correspondants aux droits d'inscription à l'ordre de : ASDS

Les dossiers incomplets seront refusés.

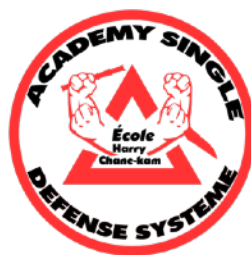
J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'association et, en validant l'inscription, je m'engage à le respecter tel qu'il m'est présenté.

Sainte Marie le : __/__/__

Signature du représentant légal
(Vaut acceptation du règlement)

ADHESION INSCRIPTION
SAISON SPORTIVE 20....

Siège social : 159 rue
Routier grandval
97438 sainte Marie



☎ : 0692 158 852

ACADÉMY SINGLE DÉFENSE SYSTEMS

💻 : harry.chane@yahoo.fr

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL SAISON 20....

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie avoir examiné _____, né(e) le

Demeurant

Adhérent à l'académie single défense systems,

N'avoir constaté, ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de
La self-défense.

À _____

Le : / / 20

Signature et cachet du médecin.

NOTE :

Contre-indications :

En dehors, des contre-indications aux activités physiques et sportives, il n'existe pas

De contre-indications majeures à la self-défense.

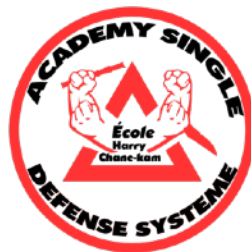
Des douleurs ou pathologies au niveau de la colonne vertébrale imposeront cependant

La prudence voire une interdiction temporaire, notamment chez les jeunes qui présentent

Des problèmes de croissance.

ADHESION INSCRIPTION
SAISON SPORTIVE 20....

Siège social : 159 rue
Routier grandval
97438 sainte Marie



☎ : 0692 158 852

ACADÉMY SINGLE DÉFENSE SYSTEMS

💻 : harry.chane@yahoo.fr

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE :

Je soussigné, M ou MME, responsable légal de l'enfant
....., autorise le club ASDS à prendre
toutes les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident survenu dans le cadre de
l'activité du club.

Etablissement hospitalier préférentiel :

Médecin traitant : Dr..... Tél :

DECHARGE PARENTALE :

Je décharge le club ASDS de toute responsabilité en cas d'accident ou d'incidents survenu
hors des locaux du club et/ou en dehors des horaires des cours.

Nous invitons les parents à lire le règlement intérieur sur le site : www.padepokan.re.

Autorisation parentale pour les enfants mineurs.

J'autorise ma fille/ mon fils à participer aux entraînements organisés par le club d'ASDS.
J'autorise ma fille/mon fils à participer aux démonstrations et / ou initiation organisé
par le club sur l'ensemble de la REUNION.

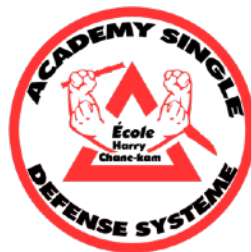
J'autorise le responsable des entraînements, et en donne décharge au club, à prendre
toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident ou de malaise au cours des
entraînements. Cette autorisation couvre expressément les interventions chirurgicales,
que, devant l'urgence, le corps médical serait amené à décider.

À..... Le signature et mention « lu et approuvé »
Manuscrite

ADHESION INSCRIPTION

SAISON SPORTIVE 20....

Siège social : 159 rue
Routier grandval
97438 sainte Marie



☎ : 0692 158 852

ACADÉMY SINGLE DÉFENSE SYSTEMS

✉ : harry.chane@yahoo.fr

AUTORISATION DE DIFFUSION DE L'IMAGE

Chers parents, pratiquants,

Les membres de l'ASDS effectuent régulièrement des prises de vues pour alimenter leur site internet, la conception de CD souvenirs, la diffusion aux familles, les articles de presse et quelques fois , mais très rarement des publicités.

Ces photos ou vidéos seront utilisées uniquement dans le cadre de l'association et de ses actions diverses. Aucune des photos ne sera transmise de manière volontaire à quelque personne ou organisme n'ayant pas eu les autorisations préalables..

Je sollicite donc, votre accord d'utilisation d'image que vous pourrez modifier à tout moment. Les personnes mineures ou sous tutelle donnent leur autorisation mais elle devra être calidée par leur représentant légal sans quoi celle-ci sera considérée non valide.

J'accorde le droit d'utilisation des images à l'ASDS

☐

Je n'autorise pas l'utilisation des images à l'ASDS

☐

PARTIE A REMPLIR POUR LES REPRESENTANT LEGAUX ET PRATIQUANT(E) S MAJEUR(E) S

NOM :

Prénom :

Nom, Prénom de l'enfant représenté :

Signature obligatoire :

PARTIE RESERVÉ AUX PRATIQUANT(E) S MINEUR(E) S

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Signature obligatoire