

FICHE D'INSCRIPTION

AÏKIDO

Aikido Clubs Cheminots | aikidopatrice.com | contact@acc-aikido.com | 06.81.91.35.97 | Club affilié à la Fédération Française d'Aikido Aikibudo et Affinitaires | Membre de la Ligue d'Ile de France

Saison _____

Club _____

Informations personnelles

M^{lle} M^{me} M.

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ À _____

Nationalité _____

N°CP SNCF _____

Profession _____

Adresse domicile _____

Code postal _____

Ville _____

Tél. (domicile) _____

Tél. (portable) _____

Email _____

Pièces à joindre lors de l'inscription

Une photo d'identité (pour le passeport sportif) Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'aïkido

Qui êtes-vous ? (cochez une case)

- Agent SNCF titulaire Agent retraité
- Conjoint d'agent Enfant d'agent (moins de 18 ans)
- Agent CER ou CCE
- Enfant d'agent CER ou CCE (moins de 18 ans)
- Extérieur SNCF Extérieur enfant (moins de 18 ans)
- Adhérent ou ayant droit (plus de 18 ans) à la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC)

Comment avez-vous connu le club ?

(cochez une case)

Par relation FFAAA Internet En interne SNCF

Autre _____

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e) _____

autorise le club d'Aïkido à utiliser toutes formes de prises de vue dans le cadre des activités du club, pour moi-même ou pour mon enfant.

Autorisation des parents si l'adhérent(e) est mineur(e)

Je soussigné, Nom _____

Prénom _____

Père Mère Tuteur légal

autorise mon enfant, désigné ci-dessus, à participer à l'activité

durant l'année sportive 20.../20... et le responsable de la section à faire hospitaliser l'enfant en cas d'urgence.

Les parents ont la responsabilité de venir chercher leur enfant à l'issue des cours ou de l'activité, notamment s'il n'est pas en âge de se déplacer seul sans risque.

Signature

À _____

Le _____

Signature _____

Je reconnais avoir pris connaissance sur mon intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel, des garanties complémentaires en cas de perte de salaire et des formalités à accomplir en cas d'accident survenant pendant la pratique sportive.

Je déclare qu'une notice assurances m'a été remise.

J'affirme avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE d'aptitude à la pratique sportive (certificat de moins de 90 jours) et ne présenter aucune contre indication à la pratique du sport.

Je certifie que les renseignements figurant sur cette demande sont exacts.

Les statuts du club et les règlements intérieurs peuvent être consultés au secrétariat du club.