

NOM du pratiquant* :	PRÉNOM* :	NÉ(E) LE* :/...../.....
ADRESSE* : Code Postal* : Commune* : Portable jeune : Mail jeune :@..... En cas d'URGENCE personne(s) à contacter : - 1 -* - 2 - Portable : - 1 -* - 2 - En tant que représentant légal, j'AUTORISE les membres responsables de l'association à prendre toutes mesures d'ordre médical rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant ; en particulier sa prise en charge par les services d'urgence et son hospitalisation * Réponse obligatoire OUI ☐ NON ☐		
RESPONSABLE LÉGAL Je soussigné(e) : demeurant (précisez si adresse différente de celle de l'enfant) : Portable* : Mail* :@..... responsable légal de : Prénom : Nom :		
AUTORISE ce dernier à (cocher les cases) ☐ pratiquer l'aïkido et les activités associées ☐ rentrer par ses propres moyen au domicile familial Si NON je DÉSIGNE ci-après la(es) personne(s) autorisé(es) à ramener l'enfant au domicile familial Je DÉCLARE (cocher les cases) ☐ avoir pris connaissance des statuts et règlements de l'association Aloha Aïkido et en accepter les dispositions ☐ ne pas m'opposer à l'utilisation de mon image et celle de mon enfant sur tous les supports de promotion de l'association J'ACCEPTE ☐ rejoindre le groupe Whatsapp du dojo ☐ que mon enfant rejoigne le groupe Whatsapp Fait le : ____ / ____ / ____ Personnes autorisées à raccompagner l'enfant <i>Précisez Nom Prénom Portable</i> <u>Parent(s)</u> <u>Autre(s)</u> 		
Signature du responsable légal :		

À FOURNIR cf. formulaires sur le site aloha-aikido.fr

► * **Demande de licence** dûment complétée, datée et signée et **cochez la case ad hoc**

- ☐ **Atteste** avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé
 ou ☐ **Certificat médical** de moins d'1 an de non contre-indication à la pratique de l'aïkido

À RÉGLER

► * **Licence UFOLEP** ☐ enfant **7-10 ans** (2015 -18) = **10,66 €** ☐ jeune **11-16 ans** (2009 - 14) = **14,81 €**

► * **Cotisation** : ☐ enfant = **84 €** ☐ enfant **famille*** = **70 €**
☐ jeune = **112 €** ☐ jeune **famille*** = **70 €**

* *tarif famille dès le 2ème enfant à charge inscrit et après application du tarif le plus élevé pour le 1^{er}*

► Assurance individuelle **FACULTATIVE**, le cas échéant complétez le formulaire **MAIF** ou de licence **UFOLEP**

☐ MAIF = **18,24 €**

ou UFOLEP ☐ option 1 = **15 €** ☐ option 2 = **30 €**

TOTAL à régler = €

MODALITÉS Paiement ☐ CB (site en ligne) ☐ Pass'Sport **70 € n°** : ____ / ____ / ____

☐ Espèces _____ € ☐ Virement ☐ Bons CAF ____ €

☐ Chèque(s) ordre **Aloha Aïkido** _____ € nbr de chèque(s) : ____

JE SOUTIENS MON ASSOCIATION cf. au dos

JE SOUTIENS L' ASSOCIATION



DONS

Je soutiens l'association Aloha Aïkido et effectue un don déductible à 66 % de mes impôts
conformément aux dispositions de
l'article 200 du code général des impôts

☐ 5 € ☐ 10 € ☐ 15 € ☐ autre montant _____ €

Paiement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Virement ☐ en ligne sur le site ☐ CB

NOM, Prénom : _____

Commune de résidence : _____

Date : _____

Signature :
