

NOM* :	PRÉNOM* :	NÉ(E) LE* : / /
ADRESSE* :		
Code Postal* :	Commune* :	
Portable* :		
Mail* :		
En cas d'URGENCE personne(s) à contacter : - 1 - Téléphone : - 1 - - 2 - Téléphone : - 2 - J'AUTORISE les membres responsables de l'association à prendre toutes mesures d'ordre médical rendues nécessaires par mon état de santé ; en particulier ma prise en charge par les services d'urgence et mon hospitalisation Réponse obligatoire* OUI NON		
JE DÉCLARE (cochez 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 sur les supports divers faisant la promotion de l'association J'ACCEPTE rejoindre le groupe whatsapp du dojo OUI / NON Fait le : / / Signature : 		

À FOURNIR

- * **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 adulte** UFOLEP 30,01 €

- * **Cotisation :** **Adulte** = 140 € **Adulte famille*** = 126 € * avec conjoint ou enfant à charge inscrit
 Étudiant +17 ans = 112 € **Étudiant famille*** = 70 € * dès le 2ème étudiant inscrit
 Chômeur = 112 €

- Assurance individuelle **FACULTATIVE** le cas échéant complétez le formulaire **MAIF** ou de licence **UFOLEP**
 MAIF = 20,07 €
 ou **UFOLEP** option 1 = 15 € option 2 = 30 €

TOTAL à régler = €

MODALITÉS Paiement CB (site en ligne) Espèces € Bons CAF €

Virement IBAN : FR76 1558 9569 0905 3476 0864 038 ALOHA AIKIDO

Chèque(s) **ordre Aloha Aïkido** € nombre 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

€

Païement :

Espèces

Chèque

Virement

CB site en ligne HelloAsso

NOM, Prénom :

Commune de résidence :

Date :

Signature :

