



FICHE D'INSCRIPTION – Année 2021 / 2022

A remplir par le pratiquant (ou son responsable légal)

Je soussigné : Mlle, Madame, Monsieur (1)

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Adresse : _____

Tel Portable : _____

Email : _____@_____

Signature :

Fait à _____ le _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) : _____

Père, mère, tuteur, représentant légal (1)

Autorise (2) _____

A participer aux activités de l'association sportive TMH et autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'urgence ou de nécessité.

Je suis informé que _____ est assuré (contrat individuel ou collectif) par l'association sportive de l'établissement et que je peux contracter une assurance complémentaire accident.

J'autorise, je refuse (1)

Toute prise de vue (vidéo ou photo) de mon enfant dans le cadre de l'ensemble des activités du club, afin d'être diffusés sur les supports de l'association TMH (site internet TMH, Facebook TMH, etc..)

Fait à _____ le _____

SIGNATURE :

Fiche à remettre au COACH SPORTIF avec 2 PHOTOS, le certificat médical de moins de 3 mois rempli par le médecin traitant.
Cotisation annuelle de : 220 euros (Baby Judo + JJB - jeune jusqu'à 18 ans et étudiant), 320 euros (Judo + JJB - Adultes) et 400 euros (MMA + Judo + JJB - Adultes).

Chèque à émettre à l'ordre de : Team Martial Heart (possibilité d'émettre jusqu'à 3 chèques avec prélèvement différé).

Cette cotisation inclus le cout de la licence FSGT et l'assurance.

(1) Rayer les mentions inutiles, (2) Indiquer le nom et prénom du licencié, Rayer en cas de refus d'autorisation.

Association Sportive Team Martial Heart – TMH Colombes

JUDO – SELF DEFENSE – JUJITSU BRESILIEN – GRAPPLING – FREE FIGHT

Certificat de non-contre-indication à la participation aux entraînements et aux compétitions.

Je soussigné (e) : _____

Docteur en médecine, demeurant : _____

Certifie avoir examiné : _____

Né (e) le : _____

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des activités sportives énumérées ci-après : **JUDO – KARATE- SELF DEFENSE – JUJITSU BRESILIEN – GRAPPLING**

Fait à _____

Le : _____

Cachet et signature du médecin