

Merci de remplir en lettres capitales.

N° Licence :

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Sexe : M / F

Adresse :

Ville :

Code Postal :

Adresse Email :

N° Fixe :

Mobile :

Profession :

Personne à prévenir :Parenté :

Nom , Prénom :

N° Fixe :

Mobile :

Rayer les mentions inutiles :

Droit à l'image (pour tous)

J'autorise l'AIKIDO CLUB FONTAINE LES DIJON à diffuser la (les) photographie(s) ou la (les) vidéo(s) sur lesquelles je (ou mon enfant) figure, en vue de les mettre en ligne, sur le site : www.aikido-dijon.com ou de les communiquer aux médias lors de promotions de l'activité du club.

Valable pour une durée indéterminée, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment.
La présente autorisation est personnelle et incessible.

Autorisation médicale (pour les enfants mineurs)

Je soussigné Mme (ou M) _____, parent de l'enfant ci-dessus, autorise le responsable ou l'entraîneur à prendre toutes décisions médicales concernant la santé de mon enfant lors des cours et des stages de l'AIKIDO CLUB et notamment :
Autorisation d'emmener à l'hôpital, d'anesthésier, d'opérer et de le sortir d'un centre hospitalier ou d'une clinique etc...

Fait à _____ le _____ .

Signature