



NOM : Madame, Mademoiselle, Monsieur. Rayer les mentions inutiles

.....

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

.....

.....

Nombre de chèque : 240 euros ou liquide.

1. de 240 € ou
2. de 120 € ou
3. de 80 €.

180 euros pour les mineurs.

1. de 180 €
2. de 90 €
3. de 60 €

Un certificat médical pour la pratique des sports de combat pieds/poings et de self défense : OBLIGATOIRE

Numéros de téléphone :

Port :

Domicile :

Conjoint :si problème.

Adresse mail :

Antécédents médicaux : (fractures, opérations, etc.)

.....

.....

.....

.....

Ce formulaire est à rendre rempli avec les pièces demandées. Tout dossier incomplet sera refusé.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis et m'engage à le respecter

Fait-le Signature :