Association Bushido Des Arts Martiaux Et Sports

Qlea centre route principle de Biougra Ait Melloul

www.aikielasri.weebly.com *Tél : +(212)664163021*

Email : bushido646@hotmail.com

SECTION AIKIDO

Instructor: ***El Asri mohamed***

Site du club : http://aikielasri.weebly.com

HORAIRES

Cours Enfants: LUNDI DE 18H30 à 19H30 MERCREDI DE 18H30 à19H30 VENDREDI DE 18h30 à 19H30

Cours Adultes: LUNDI DE 20H à 21H MERCREDI DE 20H à 21H VENDREDI DE 20H à 21H

Certificat Médical de moins de trois mois.
1 Photocopie de la CIN ou de L'Extrait de Naissance
Cotisation +prix licence
4Photos
Autorisation parentale pour les mineurs obligatoire.

Fiche d'inscription remplie.

Seuls les dossiers complets seront acceptés.

Association Bushido Des Arts Martiaux Et Sports

Qlea centre route principle de Biougra Ait Melloul

Email : bushido646@hotmail.com *Tél : +(212)664163021*

www.aikielasri.weebly.com

SECTION AIKIDO

FICHE D'INSCRIPTION

NOM:…… Prénom :……..……..

Adresse :……..

Code postal.....Ville.....

CIN…….

Téléphone :……

mobile :..... Date de naissance :……

Lieu de Naissance……

Nationalité……

N° licence (ancien pratiquant) :…….....

Email :.....

Profession.....

Renseignements médicaux…….....

Avez-vous déjà pratiqué l'aikido?.....votre grade……

De quel dojo provenez vous?.....

Sensei……..Dan…….

Fait à ……..le……

Signature…….

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné (e)

…….

Autorise mon fils ou ma fille à quitter seul le lieu de l'entraînement et cela sous ma responsabilité.

Je soussigné (e) Monsieur/Madame..... ,domicilié(e)

Fait à ……..le……

à.....autorise le médecin à pratiquer sur mon fils, ma fille,

né(e) le / / tous les actes médicaux ou chirurgicaux que nécessiterait sa santé.

Signature des parents…….....

Signature d'un parent ou tuteur

Si le condidat est âgé de moins de 18 ans