



**BUDOKAN 38**  
Centre d'Arts Martiaux

**Saison 2018 / 2019**

Pièces fournies : ( ) Photo d'identité  
( ) Certificat médical  
( ) Règlement (1 ou 4 chèques )

**N° inscription :**  
Discipline pratiquée : .....

## ADHESION

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse Mail : .....

Je demande mon inscription au Centre d'Arts Martiaux de Bourgoin Jallieu et m'engage à verser les droits d'entrée et les cotisations pour la saison de septembre 2018 à juin 2019.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur et adhère sans réserve à leurs applications.

J'autorise les responsables de l'association à me faire transporter d'urgence à l'hôpital le plus proche en cas d'accident, par les moyens sanitaires adéquats.

**Personne à prévenir en cas d'urgence :** ..... Tél : .....

..... Tél : .....

**Droit à l'image:** J'autorise le Budokan 38 à reproduire et à faire représenter toute image de ma personne (ou de mon enfant) à des fins de communication (presse, site Internet) **OUI**  **NON**

**EN CE QUI CONCERNE LES MINEURS :** Je, soussigné(e) ....., agissant en qualité de père – mère – tuteur légal, autorise l'enfant ..... né(e) le..... à adhérer au Centre d'Arts Martiaux et à pratiquer les disciplines enseignées, conformément au règlement intérieur et aux dispositions en vigueur au sein de cette association régie par la loi de 1901.

Les enfants doivent attendre leurs parents à l'intérieur des locaux du Budokan. Si vous autorisez votre enfant à partir seul, il est indispensable de le notifier au Budokan par un courrier signé.

EN CAS D'ACCIDENT, J'AUTORISE L'ENSEIGNANT OU UN RESPONSABLE DE L'ASSOCIATION A FAIRE ADMETTRE MON ENFANT AU SERVICE MEDICAL LE PLUS PROCHE (HOPITAL OU CLINIQUE) POUR LES SOINS NECESSAIRES A SON ETAT, DONT ANESTHESIE ET INTERVENTION CHIRURGICALE.

L'ASSOCIATION EST AFFILIEE A LA FFYK, LA FFKDA, L'EPMM, LA FFST, LA FNBDA ET LA FAMEDA. LA PRISE DE LICENCE A L'INSCRIPTION CORRESPOND A UNE SOUSCRIPTION D'ASSURANCE POUR LA PRATIQUE. TOUTE PERSONNE PEUT PRENDRE UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE. JE RECONNAIS EN AVOIR ETE INFORME(E)

**DATE :** .....

**SIGNATURE :**