

KARATÉ ADOS/ADULTES TAI KI CLUB

87, rue de Vaugirard 75006 Paris



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

DATE DE NAISSANCE

_____ / ____ / _____

NOM

PRENOM :

NOM des parents si différents :

Téléphone :

Adresse :

Email :

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER LES ENFANTS

JE SOUSSIGNE(E).....

PÈRE, MÈRE DE

AUTORISE LA OU LES PERSONNES SUIVANTES A VENIR CHERCHER MON/MES ENFANT(S) A LA SORTIE DES COURS DE KARATE

.....
.....
.....

DATE

SIGNATURE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

Certifie que

Né(e) le

Ne présente aucune contre-indication:

-Pour la pratique du karaté

-À la participation aux:

-compétitions /stages

Date, signature et cachet

AUTORISATION POUR L'UTILISATION DE L'IMAGE D'UN ADULTE

Dans le cadre de notre club de karaté : TAIKI CLUB, des photos/vidéos dans lesquelles vous apparaissez peuvent être utilisées en vue de promouvoir notre activité.

Nous sollicitons donc votre autorisation.

Je soussigné(e)

- autorise le TAIKI CLUB à utiliser une image, une vidéo dans laquelle j'apparais pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux.

- autorise le TAIKI CLUB à utiliser une image, une vidéo dans laquelle j'apparais, en dehors de ses locaux, soit :
 - sur le site du TAIKI CLUB ;
 - sur les journaux, prospectus, flyers ayant pour but de promouvoir le TAIKI CLUB.

- n'autorise pas le TAIKI CLUB à utiliser une image, une vidéo dans laquelle j'apparais.

A

Le :

Signature :