



Inscription

KICK-BOXING / FULL CONTACT

ADO/ADULTE A PARTIR DE 11 ANS

ENFANT A PARTIR DE 6 ANS

P
H
O
T
O

SAISON 2023-2024

NOM PRENOM.....

NE(E) LE NATIONALITE

ADRESSE

TEL 1 TEL 2

SITUATION DE FAMILLE PROFESSION

CLASSE ENFANT

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS:

JE SOUSSIGNE(E) MR / MME AGISSANT EN QUALITE DE

AUTORISE MON ENFANT A PRATIQUER LE **KICK-BOXING** DANS L' ECOLE D'ARTS

MARTIAUX PATRICK DELARUE" DURANT LA SAISON SPORTIVE

AUTORISATION D'UTILISATION ET DE DIFFUSION D'IMAGE : **OUI** **NON**

JE SOUSSIGNE(E) MONSIEUR ET/OU MADAME

RECONNAIS **AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR DE L'ECOLE SITUÉ AU DOS**

FAIT A LE

SIGNATURE : (PRECEDEE DE LA MENTION "LU ET APPROUVE")