



KARATE WADO SEURRE

Siège : Rue de la Perche à l'Oiseau- 21250 SEURRE
Club affilié à la FFKaraté et agréé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports
Site internet : www.karatewadoseurre.com

PLANIFICATION DES ENTRAINEMENTS.

☞ **KARATE** : les mardi et vendredi :

Cours des enfants : enfants nés avant le 1er septembre 2020.

- Le 1^{er} groupe: ceintures blanches, jaunes et orange: 18h à 18h45
Enfants jusque 8 ans inclus.
- Le 2^{ème} groupe : ceintures vertes et plus: 19h à 20h
Enfants à partir de 9 ans
- Le 3^{ème} groupe : ceintures marron et noires: 20h à 21h15
Enfants à partir de 14 ans et adultes

Cours adultes : personnes nées avant 2007, selon accord de l'éducateur sportif.

- Le 3^{ème} groupe : les adultes : 20h à 21h15

☞ **Self Défense** : selon le calendrier pré établi ; une séance /mois

TARIF DES INSCRIPTIONS.

☞ **KARATE**

<u>ADULTE</u> : né avant 2007.....	135 €
<u>ENFANT</u> : né de 2007 à 2020.....	120 €
<u>2 ENFANTS</u> :	200 €
<u>3 ENFANTS</u> :	265 €
<u>1 ADULTE + 1 ENFANT</u> :	215 €
<u>1 ADULTE + 2 ENFANTS</u> :	290 €
<u>2 ADULTES</u> :	225€

☞ **SELF-DEFENSE**

Licence 39 € et 10 € à chaque séance

Des facilités de paiement peuvent être accordées (1, 2, 3 mois),
mais **tous les chèques** seront demandés à l'inscription.

Nous acceptons : les '' Chèques vacances''

'' Coupons Sport''

'' Chèques Loisirs''

participations Comité d'Entreprise

FICHE D'INSCRIPTION

NOM :.....

PRENOM :.....

DATE DE NAISSANCE :.....

ADRESSE :.....

N° DE TELEPHONE Maison :.....

Portable :.....

E-mail :.....

Nom du médecin traitant :.....

N° de téléphone du médecin :.....

N° de téléphone en cas d'accident :.....

Indiquer les éventuels problèmes de santé :

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

Pratique déjà le karaté :.....

Si oui, Quel style :..... Quel grade :.....

Je déclare adhérer à l'Association Karaté Wado Seurre pour la saison 2025-2026

- Je m'engage à ce titre à **acquitter l'intégralité de la cotisation ainsi que le montant de la licence lors de mon inscription**. Je déclare être informé et accepter que, quoi qu'il advienne, ces sommes resteront **définitivement acquises à l'Association**.

- Je fournis par ailleurs un **certificat médical** obligatoire autorisant la pratique du karaté en compétition.

- Sauf disposition contraire expresse (Autorisation parentale de sortie) **je m'assure que l'enseignant est présent** avant de laisser mon enfant mineur au dojo, et je récupère ce dernier auprès de lui immédiatement à l'issue du cours.

- Je déclare **avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Intérieur** et m'engage à les respecter, de même que je m'engage à respecter tout autre texte légal ou réglementaire applicable, ainsi que l'esprit sportif et le Code Moral du karatéka.

Fait le,

signature de l'adhérent et s'il y a lieu du représentant légal

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de sa diffusion d'informations (affiches, articles de presse, site internet ou film), le « Karaté Wado Seurre » peut être amené afin d'illustrer les activités du club à réaliser des photos de votre enfant durant des entraînements, compétitions, stages ou gala de fin d'année et peut être amené à publier dans ses pages résultats les noms des licenciés en compétition.

Je soussigné(e), Mr. / Mme Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur :

Nom et Prénom : Date de naissance :

autorise n'autorise pas le club à publier des photos.

Fait à Seurre le :

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

AUTORISATION DE SORTIE ET CO-VOITURAGE

Je soussigné(e), Mr. / Mme Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur :

Nom et Prénom : Date de naissance :

autorise n'autorise pas

A quitter seul le dojo de la Salle Omnisports de Seurre ou une autre salle de remplacement, à la fin de l'entraînement.

Si je n'autorise pas mon enfant à sortir seul, je m'engage à respecter les heures de sortie ou j'avertis l'entraîneur et donne le nom de la personne apte à le faire sortir.

Je préviens mon enfant qu'il ne doit en aucun cas sortir de la salle, et doit attendre la personne qui doit le récupérer.

Autorise Mr. / Mme à récupérer mon enfant à la fin de son cours.

Fait à Seurre le :

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

CERTIFICAT MEDICAL non OBLIGATOIRE

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, certifiée, après avoir examiné

.....

que son état de santé l'autorise à pratiquer le karaté et à participer aux compétitions.

que son état de santé l'autorise à pratiquer la self-défense basée sur le karaté.

Fait à

Le.....

Signature et cachet du médecin

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

domicilié(e).....

autorise les responsables du club « KARATE WADO SEURRE » à faire pratiquer toute intervention médicale jugée nécessaire pour la santé de mon enfant.....

et de l'hospitaliser à l'hôpital de

si besoin est.

Fait à

Le

Signature parentale