



KARATE WADO SEURRE

*Siège : Rue de la Perche à l'Oiseau- 21250 SEURRE
Club affilié à la FFKAMA 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 2018.

- o Le 1^{er} groupe: ceintures blanches et jaunes : 18h à 18h45
- o Le 2^{ème} groupe : ceintures orange et vertes : 19h à 20h
- o Le 3^{ème} groupe : ceintures bleues et marron : 20h à 21h15

TARIF DES INSCRIPTIONS

⇒ *KARATE*

ADULTE : né avant 2005.....	125 €
ENFANT : né de 2004 à 2017.....	110 €
2 ENFANTS :	180 €
3 ENFANTS :	240 €
1 ADULTE + 1 ENFANT :	195 €
1 ADULTE + 2 ENFANTS :	265 €
2 ADULTES :	210 €

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"

les "Coupons Sport"

les "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 2023-2024

- 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** autorisant la pratique du karaté.

- 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 le club à 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

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