

SECTION  
**ALBI**



**KRAV MAGA  
SELF DEFENSE  
KICK BOXING  
PREPA PHYSIQUE**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**RENSEIGNEMENTS**

Nom/Prénom

Date et lieu de naissance

Adresse

Numéro de téléphone

Email

**INFOS COMPLEMENTAIRES**

Montant de la cotisation

Numéro de licence (si déjà licencié)

Grade

Nom et coordonnées téléphoniques d'un personne à prévenir en cas d'accident

Je reconnais avoir été informé de la nécessité de fournir un certificat médical, il sera valable trois ans. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement interieur de l'association et m'engage à le respecter.

**POUR LES MINEURS:**

Je soussigné ..... autorise mon enfant ..... à pratiquer le kravmaga de manière régulière au club Krav Maga Rabastens pour la saison en cours.

**SIGNATURE**

Fait à .....

le .....