



TAEKWONDO

PLANAIS

Mobile: 06 37 29 57 90

SITE WEB: [taekwondoplanais.fr](http://taekwondoplanais.fr)

EMAIL: [taekwondo.planais@sfr.fr](mailto:taekwondo.planais@sfr.fr)

PHOTO

## FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

TAEKWONDO

BODY TAEKWONDO

SELF-DEFENSE

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age: \_\_\_ Poids : \_\_\_kg Profession: \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dép.: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Nom du responsable pour l'adhérent mineur : \_\_\_\_\_

\* pièces fournies:                      certificat médical                      autorisation parentale                      3 Photos

*En signant cette fiche, je m'engage à respecter la pratique du TAEKWONDO. Je reconnais qu'aucune cotisation ne sera remboursée (voir règlement intérieur). Le tarif d'inscription ne comprend pas les divers stages et passages de grades de la saison. Possibilité de régler la cotisation en plusieurs fois.*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 2024 / 2025

Signature :

### **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné Mr/Mme:..... Autorise mon enfant:..... A pratiquer le TAEKWONDO au sein du club TAEKWONDO PLANAIS.

Signature des parents :

### **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné Docteur :..... certifie avoir examiné..... Je n'ai à ce jour constaté aucun signe de contre indiquant à la pratique du TAEKWONDO

Fait à:..... Le..... Cachet du médecin

