

FICHE D'INSCRIPTION AÏKIDO ADOS « DOJO DE LA MONTAGNE »

☐

NOUVELLE LICENCE

☐

RENOUVELLEMENT

GRADE

N° DE LICENCE

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Sexe : M ☐ F ☐

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : N° Carte MLC :

Courriel :

TARIF (licence enfants comprise)

2026/2027	Mode Règlement	Païement en 2 x	Païement en 1x
Normal		60 € et 30 €	90 €
Inscription en Janvier			60 €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

☐

Pour les nouveaux licenciés : je fournis un certificat médical datant de moins d'1 an.

☐

Pour les renouvellements : je certifie avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n° 15699*01 (je suis informé que la responsabilité de la F.F.A.B et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement de ce questionnaire).

☐

J'ai répondu par la négative à toutes les questions figurant sur le questionnaire. Dans ce cas, je n'ai pas à fournir de certificat médical.

☐

J'ai répondu positivement à au moins une question figurant sur le questionnaire. Dans ce cas, je fournis un certificat médical.

Dans tous les cas, un certificat médical est valable 3 saisons maximum.

☐

J'atteste avoir pris connaissance de la notice d'assurance et adhérer simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de ALLIANZ et à la licence F.F.A.B.

☐

J'ai été informé de l'intérêt de souscrire les garanties complémentaires optionnelles, accidents corporels.

☐

Je déclare avoir pris connaissance et adhère à l'ensemble des textes régissant le fonctionnement de la Fédération Française d'Aïkido et de Budo (F.F.A.B) et de ses organismes (voir sur www.ffabaikido.fr - onglet infos pratiques).

☐

J'autorise la Fédération à recueillir les informations du formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées et sont destinées à l'usage de la Fédération, de ses organes territoriaux, du club dans lequel je suis licencié(e) ainsi que les partenaires institutionnels de la Fédération (ex : Ministère des sports). Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant la Fédération par mail et/ou par courrier.

Date et Signature
du Représentant Légal

La F.F.A.B s'engage à respecter la confidentialité des données qu'elle récolte et atteste ne pas les réutiliser à d'autres fins que celles ayant lieu avec son objet social.

REPRESENTANT LEGAL

Nom : Prénom :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccins	Date	Maladie & Allergie	Date

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

- Votre enfant porte t'il des
Lunettes ()
Prothèses Auditives ()
Lentilles ()
Prothèses Dentaires ()
Autres ()
Précisez :
- Suit-il un traitement médical ()
Précisez :
.....

AUTORISATION

- Je soussigné,, Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Atteste avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et m'engage à le respecter.
- La cotisation annuelle n'est pas remboursable sauf sur certificat médical ou déménagement.
- Autorisation de droit à l'image
Oui () Non ()

Date :

Signature