



Across The Move



Contact: Nicolas ZARNIAK
Mobile : 06.22.92.88.79
Mail: contact@acrossthemove.fr
Site web: http://acrossthemove.fr
@ATM.yoseikan
@ATM.Mulhouse
Instagram: @across_the_move



Section JiuJitsu brésilien
Contact: David Marcillac
Mail: hello@feeljib.fr
Site web: www.feeljib.fr
Facebook: www.facebook.com/feeljib
Instagram: @feeljib

FICHE D'INSCRIPTION - SAISON 2020/2021

<input type="checkbox"/> ADHESION	20 €
<input type="checkbox"/> YOSEIKAN ENFANTS	137 €
<input type="checkbox"/> YOSEIKAN ADO	187 €
<input type="checkbox"/> YOSEIKAN ADULTES	237 €
<input type="checkbox"/> JIUJITSU BRESILIEEN ADULTES	235 €
REMISE COVID de 15% sur les cotisations pour les adhérents 2019/20	
REMISE de 10% sur les cotisations pour l'inscription d'un 2e membre de la famille	
ADHERENT	
<input type="checkbox"/> 1ERE INSCRIPTION	<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT
NOM _____	PRENOM _____
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	VILLE _____
DATE DE NAISSANCE _____	LIEU DE NAISSANCE _____
E-MAIL _____	
TEL FIXE _____	PORTABLE _____
PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT	
NOM _____	TEL _____
MEDECIN TRAIT. _____	TEL _____

Je soussigné(e) _____ (Adhérent ou Responsable légal pour les mineurs)
déclare avoir pris connaissance des clauses suivantes :

- Les parents ont l'obligation de vérifier la présence effective du professeur et la prise en charge de l'enfant avant de le laisser seul ; les membres du bureau et instructeurs ne pourront être tenus responsables en cas d'accident.
- J'autorise mon enfant / Je n'autorise pas mon enfant à partir seul de la salle (barrer la mention inutile)
- Aucun remboursement ne sera effectué après la période d'essai: 1 séance (Jiu-jitsu Brésilien 2 séances) sauf pour raison médicale (certificat à fournir).
- J'autorise / Je n'autorise pas la prise de photographies ou films afin de promouvoir le Club (Rayer la mention inutile).

PIECE À FOURNIR À L'INSCRIPTION: CERTIFICAT MEDICAL	
JIUJITSU BRESILIEN	Certificat médical annuel obligatoire avec mention « Apte à la pratique du Jiu Jitsu Brésilien en compétition ».
	Partie réservée au médecin ou joindre un certificat médical
YOSEIKAN BUDO	
Je soussigné, Docteur _____	
Certifie avoir examiné : M /Mme _____	
Né(e) le _____	
N'avoir constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du YOSEIKAN BUDO (Entraînement, compétition).	
Fait à _____ . Le _____	
Cachet et signature :	

Règlement en espèces ou par chèque au nom de l'association TRAIN IN FORM.

Fait à Mulhouse, le _____

Signature de l'adhérent ou responsable légal, avec mention « Lu et approuvé »