



AÏKIKAI DU SUD-TOURAINÉ
Association loi 1901 affiliée à la FFAB
Récépissé de déclaration à la sous-préfecture de Chinon N°W371001955
Siège : Mairie de l'Île Bouchard, 16 place Bouchard, 37220 L'Île Bouchard
aikikai.sud.touraine@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION MINEUR

Licence fédérale et cotisation club

L'ADHERENT

Nom - Prénom :

Adresse postale :

E-mail :

Téléphones :

Date de naissance :

N° de licence fédérale : Grade :

Nationalité :

Nom-Prénom et n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :
.....

J'autorise en cas de besoins :

- À faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier de
- À faire donner tous les soins urgents que peut réclamer l'état de mon enfant.

LE REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné.e, représentant légal de l'enfant, agissant en qualité de père – mère – tuteur autorise mon enfant à pratiquer l'Aïkido au sein de l'association *Aïkikai du Sud-Touraine* et à participer à toutes les activités organisées par cette association pour la saison en cours. Je dégage l'association de toute responsabilité d'encadrement en dehors des cours. J'ai bien noté que la responsabilité de l'association est engagée à partir du moment où l'enfant est remis en main propre à l'un des enseignants ou assistants officiels du club, dont la liste figure au dojo, après validation par le conseil d'administration. Cette responsabilité prend fin dès la fin des cours. Je prends donc mes dispositions pour la prise en charge de l'enfant en dehors des cours.

DROIT À L'IMAGE

- J'autorise Je n'autorise pas l'utilisation et la diffusion des photographies représentant mon enfant en tant que pratiquant d'aïkido à des fins publicitaires locales ou pour les besoin du club (presse locale, presse régionale, site internet du club...).

L'association s'engage à ne pas porter atteinte à la vie privée de mon enfant.



AÏKIKAI DU SUD-TOURAIN

Association loi 1901 affiliée à la FFAB

Récépissé de déclaration à la sous-préfecture de Chinon N°W371001955

Siège : Mairie de l'Île Bouchard, 16 place Bouchard, 37220 L'Île Bouchard

aikikai.sud.touraine@gmail.com

Documents à remettre :

- Une photo d'identité pour la première inscription
- La présente demande de licence fédérale et cotisation complétée, datée et signée
- Un certificat médical de "non contre-indication à la pratique de l'aïkido" en double exemplaire
- La cotisation annuelle :
 - de 88 euros* pour les jeunes âgés de moins de 13 ans
 - de 98 euros* pour les jeunes âgés de plus de 13 ans
 - 5 € de remise sur l'adhésion annuelle pour les membres d'une même famille

Chèque(s) à l'ordre de « **Aïkikai du Sud-Touraine** », encaissés en totalité ou en 3 fois (montant de la licence en septembre 38 euros, puis janvier et avril).

* Rappel : La cotisation annuelle tient compte de la licence fédérale. Toute année commencée est due (sauf cas exceptionnel)

Je, soussigné.e, déclare avoir pris connaissance et adhère :

- Aux statuts de l'association consultables sur <https://aikikai-sud-touraine.jimdofree.com/le-club/les-statuts/>
- À l'ensemble des textes régissant le fonctionnement de la FFAB et de ses organismes consultables sur <https://www.ffabaikido.fr/fr/documents-officiels-et-l-gislation-121.html>

J'autorise l'association Aïkikai du Sud-Touraine à recueillir les informations de formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à l'usage exclusif de l'association. Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant l'association par mail : aikikai.sud.touraine@gmail.com en joignant une copie de ma carte d'identité.

Certificat Médical :

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions figurant sur le questionnaire médical. Dans ce cas, je n'ai pas à fournir de certificat médical pour le mineur dont j'ai la responsabilité légale.

J'ai répondu OUI à au moins une question figurant sur le questionnaire médical des mineurs. Dans ce cas je fournis un certificat médical datant de moins de SIX MOIS pour le mineur dont j'ai la responsabilité légale. Date du certificat médical :

Je suis informé(e) que la responsabilité de la FFAB et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement de celui-ci.

Date et signature du représentant légal :