

INSCRIPTION SAISON 2019-2020

AMICALE LAIQUE DE QUIMPER

4 rue Bourla - 29000 QUIMPER

Téléphone : 02 98 90 08 77

Mail : alaiquequimper@orange.fr

SECTION KICK BOXING

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

C.P.....Ville.....Tel.....

Date de naissance.....Adresse mail :.....

Extrait de l'article n°2 des statuts de l'ALQ : l'association a un caractère laïque et s'interdit formellement tout prosélytisme politique ou religieux en son sein.

Je suis informé(e) que l'adhésion à l'ALQ est intégrée dans la cotisation versée à la section et j'ai pris connaissance du règlement intérieur du club que je m'engage à respecter.

À Quimper, le.....

Signature

POUR LES MINEURS, AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS LÉGAUX

Je soussigné(e) (Nom Prénom)....., responsable de l'enfant désigné ci-dessus, demande son inscription, l'autorise à participer à des compétitions et autorise les responsables de la section, en cas d'urgence, à le faire admettre au centre hospitalier désigné ci-après :ou celui le plus proche.

À Quimper le.....

Signature des parents :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom /Prénom :

N° de téléphone :

DROIT À L'IMAGE

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, je soussigné(e).....autorise L'AMICALE LAIQUE DE QUIMPER- section kick-boxing à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans pour la prestation de la promotion et la communication du club.

Pour les mineurs

Je soussigné(e) (*prénom, nom*).....déclare être le représentant légal du mineur désigné plus haut, avoir pris connaissance des informations ci-dessus concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de son image et/ou de sa voix.

Fait à :

Signature du majeur ou du représentant légal :

Le (date) :

Mode de Règlement :

Espèces

Chèques vacances

Chèques bancaires

	Si 1 chèque	Si 2 chèques	Si 3 chèques
Échéance			

CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE