

# Formulaire d'inscription – Tang Soo Do Gembloux

Données du nouveau membre

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_\_\_

En cas de membre majeur :

**Téléphone** \_\_\_\_\_ **Mail** \_\_\_\_\_

Indiquez au moins une personne de contact (dont un représentant légal si mineur) :

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

**Téléphone** \_\_\_\_\_ **Mail** \_\_\_\_\_

**Relation par rapport au membre** \_\_\_\_\_

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

**Téléphone** \_\_\_\_\_ **Mail** \_\_\_\_\_

**Relation par rapport au membre** \_\_\_\_\_

Modalités financières

Le membre affilié (ou son représentant légal le cas échéant) s'engage pour une inscription :

Annuelle Septembre-Juin / Semestrielle Septembre-Décembre / Semestrielle Janvier-Juin

Conformément aux tarifs publiés sur le site de l'école, le membre affilié (ou son représentant légal le cas échéant) certifie s'être acquitté de la somme due :

<b>Compte bancaire</b>	BE63 7320 8053 4808
<b>Somme</b>	_____ euros
<b>Date de virement</b>	_____
<b>Communication</b>	Cotisation [annuelle/semestrielle] [nom] [prénom]



L'École de la Voie Martiale ASBL  
BEC : 1020174239

## Attestation médicale

A faire compléter et signer par un médecin :

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le membre affilié dont les informations sont reprises ci-dessus, et le juge apte à la pratique sportive du Tang Soo Do.

Signature du médecin, datée :

Indiquez si le membre affilié est atteint de pathologies ou de troubles, qui nécessiterait une attention particulière de la part de l'instructeur (sensibilité cardiaque, épilepsie, hémophilie, ...) :

*Nous attirons cependant votre attention que les instructeurs ne disposent pas de formation en médecine, et agissent dans la limite de leurs compétences.*

## Signatures

Le membre affilié (ou son représentant légal le cas échéant) certifie avoir pris bonne connaissance du Règlement d'Ordre Intérieur tel que publié sur le site de l'école, et s'engage à en respecter les conditions.

Le membre affilié (ou son représentant légal le cas échéant) certifie que les informations de ce formulaire sont correctes à sa connaissance.

Le membre affilié (ou son représentant légal le cas échéant) accepte de recevoir occasionnellement des emails nécessaires au bon déroulement des cours. Il accepte en outre que les informations du présent formulaire soient conservées pour la durée de son affiliation.

Date et signatures : Le \_\_\_\_\_

