## **MUAY THAI CLUB DE CHATEAUDUN**

| FICHE D'INSCRIPTION  | ON                                      | PHOTO                   |                            |
|--|---|-------------------------|----------------------------|
| NOM  |   |                         |                            |
| PRENOM   |   |                         |                            |
| DATE DE NAISSANCE  |   |                         |                            |
| LIEU DE NAISSANCE  |   |                         |                            |
| NATIONALITE  |   |                         |                            |
| AGE  |   |                         |                            |
| ADRESSE  |   |                         |                            |
| CODE DOSTAL  |   |                         |                            |
| CODE POSTAL  | PROFESSION                              |                         |                            |
| TELEPHONE  |   |                         |                            |
| EMAIL  |   |                         |                            |
|  |   |                         |                            |
| POUR LES I   | MINEURS                                 |                         |                            |
| NOM DES PARENTS (OU RESPONSABLE LEGAL)   |   |                         |                            |
| ADDECCE  |   | -                       |                            |
| ADRESSE  |   |                         |                            |
| CODE POSTAL  |   |                         |                            |
| TELEPHONES   |   |                         |                            |
| N° DE SECURITE SOCIALE ET ADRESSE DE LA CAISSE   | • |                         |                            |
| AUTORICATIO  | N DE 601                                | 16                      |                            |
| AUTORISATIO  |   |                         |                            |
| J'autorise les responsables du muay thaï club de Châteaudu<br>nécessaires en cas d'accident. | in à prend                              | re toutes les dispositi | ons qu'ils jugeront        |
| J'autorise que mon enfant soit transporté au Centre Hospita                                  | alier le plu                            | s proche, pour y rece   | voir les soins nécessaires |
| RENSEIGNEMENT  | TS NECESS                               | AIRES                   |                            |
| Allergies  |   |                         |                            |
| Antécédents médicaux   |   |                         |                            |
| Groupe sanguin   |   |                         |                            |
| Autres   |   |                         |                            |
|  |   |                         |                            |
| Fait à :   | Le:                                     |                         |                            |
| Signature (Parents ou responsable légal)   |   |                         |                            |
|  |   |                         |                            |
|  |   |                         |                            |
| TABLES SAISON  | 1 2010 (20                              | 10                      |                            |
| TARIFS SAISON  | n 2018/20<br>                           | 19                      |                            |
| JEUNES (- de 16 ans) : <b>125 €</b>  |   | Mardi et vendredi d     | e 19h30 à 21h00            |
| ` ,  |   |                         |                            |
| ADULTES : <b>140 €</b>   |   | Mardi et vendredi d     | e 19h30 à 21h00            |