



Retrouvez-nous sur Internet

Nom: _____
 Prénom: _____
 Date de naissance: ____/____/____
 Adresse: _____
 Téléphone: _____
 Email: _____@_____
 Contact si problème : _____
 Téléphone : _____

Cochez la (ou les) activité(s) choisie(s) pour la saison.

Merci de reporter le **montant total** en bas de cette fiche.

Activités sportives / Arts martiaux	Jour	Horaire	Lieu	Tarif	<input type="checkbox"/>
NOUVEAU					
Iaïdo (Sabre japonais) ⓘ					
Séance hebdomadaire N° 1	Mardi	14H00 à 16H00	Salle de sport	40 €	<input type="checkbox"/>
Séance hebdomadaire N° 2	Samedi	14H00 à 16H00	Salle de sport	40 €	<input type="checkbox"/>
Judo ⓘ					
Enfants (à partir de 10 ans)	Mercredi	16H00 à 17H00	Dojo	110 €	<input type="checkbox"/>
Compétiteurs	Mercredi	17H00 à 18H00	Dojo	110 €	<input type="checkbox"/>
NB : 1er participant 110€, 2nd participant 80€, A partir du 3ème participant 55 €					
Karaté (A partir de 14 ans). ⓘ					
	Mardi	18H30 à 20H00	Dojo	115 €	<input type="checkbox"/>
NB : 1er participant 115 €, 2nd participant 90 €, A partir du 3ème participant 60 €					
Taekwondo ⓘ					
Enfants (de 4 à 14 ans)	Lundi	18H00 à 19H00	Dojo	200 €	<input type="checkbox"/>
	Vendredi	18H00 à 19H00	Dojo		
Adultes (A partir de 14 ans)	Lundi	19H00 à 20H30	Dojo		
	Vendredi	19H00 à 20H30	Dojo		
NB : 1er participant 200 €, 2nd participant 150 €, A partir du 3ème participant 100 €					

ⓘ Certificat médical obligatoire de non contre-indication à la pratique du sport choisi

Total activités choisies :€
 Cotisation ACL obligatoire : + 10 €

Don à l'association (membre bienfaiteur, déductible des impôts) :€

Total règlement :€

Je désire une facture acquittée

J'ai pris connaissance du contrat d'assurance remis par l'animateur

Règlement par chèque à joindre à l'ordre de: "ACL FLAXLANDEN" et envoyer à :
 ACL, 3 Rue des Ecoles, 68720 Flaxlanden

Inscription prise en compte sous réserve de:

Toute inscription est ferme et définitive.

- Fourniture du certificat médical correspondant aux activités choisies
 - Versement du règlement et de la cotisation d'assurance obligatoire

Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement en cours d'année, sauf pour raison médicale ou cas de force majeure



Autorisation parentale de sortie

Je, soussigné(e): _____
Parent de l'enfant: _____

- l'autorise
 - ne l'autorise pas
- (Rayez la mention inutile)*

A quitter seul l'activité de : _____

ou mandate la personne suivante à venir le chercher :

Identité: _____
Téléphone : _____

Fait à: _____
Le: ____/____/____

Signature obligatoire : _____

Autorisations aux prises de vue et/ou enregistrement de la voix

(Selon la loi sur le droit à l'image)

Je, soussigné(e): _____
donne mon accord pour que toute photo ou enregistrement

- de moi-même
 - de mon enfant : _____
- (Rayez la mention inutile)*

Puisse être réalisés dans le cadre des activités de l'association.

Fait à: _____
Le: ____/____/____

Signature obligatoire : _____