



SHORINJI KEMPO
少林寺拳法

DEMANDE D'ADHESION

CHOLET SHORINJI KEMPO

SAISON : _____

ADHERENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mobile : _____ E-Mail : _____

CONTACT D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Mobile : _____ E-Mail : _____

En signant ce formulaire, je demande à adhérer à l'association CHOLET SHORINJI KEMPO et à pratiquer le Shorinji Kempo. Je déclare accepter intégralement les statuts, le règlement intérieur et les modalités de fonctionnement de l'association. Je m'engage à les respecter et donne pouvoir à CHOLET SHORINJI KEMPO pour prendre toute initiative en cas d'urgence médicale.

REPRESENTANTS LEGAUX

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Mobile : _____ E-Mail : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Mobile : _____ E-Mail : _____

AUTORIATION DU REPRESENTANT LEGAL

Je sous signé : _____ autorise : _____

à pratiquer le Shorinji Kempo au sein de l'association CHOLET SHORINJI KEMPO. Je m'engage à lui faire respecter les règlements et modalités de fonctionnement de l'association et donne pouvoir à CHOLET SHORINJI KEMPO pour prendre toute initiative en cas d'urgence médicale. Le représentant légal autorise également l'association à transporter les enfants mineurs dans des véhicules personnels de bénévoles.

COTISATIONS

- Enfants : 120€
- Adolescents : 150€
- Adultes : 200€

Droit à l'image

Consentement à la reproduction et à la diffusion de l'image de l'adhérent sur tous supports relatifs au club (y compris le site internet).

- OUI
- NON

REGLEMENT

Espèces
Détail : _____

Chèque
Banque : _____ Emetteur : _____

- 1^{er} Chèque : _____ Date : ____ / ____ / ____
- 2^{ème} Chèque : _____ Date : ____ / ____ / ____

DOCUMENTS A FOURNIR

- Certificat Médical
- France Shorinji Kempo
- Adhésion Cholet Shorinji Kempo

SIGNATURE