



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 : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION 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 : 125€
- Adolescents : 160€
- Etudiants : 175€
- 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

## DOCUMENTS A FOURNIR

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

## REGLEMENT

Espèces  
Détail : \_\_\_\_\_

Chèque  
Banque : \_\_\_\_\_ Emetteur : \_\_\_\_\_

- 1<sup>er</sup> Chèque : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 2<sup>ème</sup> Chèque : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## SIGNATURE