

BULLETIN D'ADHESION 2021-2022

Inscrire vos coordonnées lisiblement

Je soussigné(e)

NOM de l'adhérent : Prénom

Date de naissance : Profession :

Adresse complète :

.....
code postal : Ville.....

Tél : fixe.....ou portable

E-mail :

Nombre d'années de pratique au sein de l'association :

M'engage :

- A respecter les conditions d'adhésion à l'Académie TIAN LONG, indiquées dans le règlement interne dont j'aurai pris connaissance lors de mon inscription.
- A respecter les mesures de protection liées au virus du COVID 19, prises par l'association.
- Tout manquement au règlement, conformément à l'article 7 des statuts, et au respect des mesures barrières peut entraîner mon exclusion.

Je suis d'accord avec le fait que :

- L'inscription se fait à l'année (le paiement fractionné est une facilité accordée à chacun, mais le règlement est dû en totalité)
- Aucun remboursement ne sera effectué en cours d'année, sauf dans le cas où l'association ne peut assurer ses cours.
- L'Académie Tian Long s'engage à ne pas diffuser d'informations vous concernant

Activité(s) choisie(s)	Jour	Horaire
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fait le :

Signature de l'adhérent

(Pour les mineurs, l'accord parental au verso est à compléter)



Pour les jeunes de moins de 18 ans
Accord parental obligatoire
Ces données restent confidentielles

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) :

Représentant légal de l'enfant (Nom, Prénom) :

Autorise celui-ci à suivre les cours d'Arts Martiaux et/ou d'Arts Traditionnels Chinois au sein de l'Académie TIAN LONG

Autorise l'enfant à rentrer seul chez lui

ou celui-ci doit attendre dans nos locaux que vous veniez le chercher

L'association décline toute responsabilité hors de ses locaux

En cas d'accident, je souhaite que soient contactées les personnes suivantes :

Nom(s) – Prénom(s)	Téléphone
.....
.....

Le Médecin traitant en charge du suivi de l'enfant :

Nom :

Adresse :

Numéro de Téléphone :

L'Hôpital ou la Clinique où transporter l'enfant si nécessaire :

Établissement :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Si aucune des personnes citées ci-dessus ne parvient à être contactées, j'autorise l'Académie TIAN LONG à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant.

Fait à

Le

Signature

PARTIE RESERVEE A L'ASSOCIATION

NOM (si différent de l'adhérent) :

Domiciliation du compte	N° compte	Montant
Règlement 1	Chq n°	Montant
Règlement 2	Chq n°	Montant
Règlement 3	Chq n°	Montant
Règlement 4	Chq n°	Montant
Règlement 5	Chq n°	Montant
Règlement 6	Chq n°	Montant
Règlement 7	Chq n°	Montant
Règlement 8	Chq n°	Montant
Règlement 9	Chq n°	Montant
Règlement 10	Chq n°	Montant