CLUB AÏKIDOJO DIJON

INSCRIPTION ADULTE

Photo obligatoire

□ Mme □ Melle □ Mr : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____

Ville : _____

Profession : _____

N° de téléphone personnel (port.de préférence) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° de téléphone d'urgence en cas d'incident : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Courrier électronique : _____@_____

Je soussigné(e) _____, certifie avoir lu le règlement intérieur et m'engage à le respecter tout au long de la pratique. Je m'engage en tant que pratiquant à faire signer mon passeport par mon médecin et à fournir un certificat médical au club et ce dès le premier cours.

□ J'autorise l'association ***Aïkidojo Dijon*** à recueillir les informations de formulaire dans un fichier pour la gestion du fichier et de la base de données des licenciés. Elles sont conservées pendant 5 ans à compter de la fin de la saison de la dernière licence souscrite et sont destinées à l'usage exclusif de l'association **Aïkidojo Dijon**. Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant : aikidojodijon@gmail.com ou Aïkidojo Dijon, 2 rue des corroyeurs – boite D2 – 21000 Dijon.

Comment avez vous connu le club ?
□ Internet □ Affiche □ Prospectus □ Annuaire des associations
□ autre précisez : _____

Dijon le ___ / ___ / 20 ____ **Signature :**

A remplir par la secrétaire : n° licence :

Saison sportive	Payement (Ch n°/ esp)	Certificat médical	Grade (+ date d'obtention)	Photos
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				