

BULLETIN D'INSCRIPTION 2021/2022
VSJ ARTS MARTIAUX

☐ **Nouvelle inscription**
☐ **Réinscription**

IDENTITÉ DU LICENCIÉ(E)

(En lettres capitales)

NOM :
PRÉNOM :
Sexe : ☐ **Féminin** ☐ **Masculin**
Date de naissance : **A :**
Adresse :
Code postal : **Ville :**
Tél Fixe : **Tél Mobile :**
E-mail (EN MAJUSCULE) :
Numéro de SS :
Établissement scolaire :
Comment avez-vous connu le VSJ Arts Martiaux ? **Ceinture :**
☐ Par le site internet du club ☐ Par la page facebook du club ☐ Par le bouche à oreille ☐ Par la mairie
☐ Par Villiers Infos ☐ Au forum des associations ☐ Par la publicité distribuée ☐ Autre :

RESPONSABLE(S) DU LICENCIÉ(E) MINEUR(E)

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (à préciser)
NOM : **PRÉNOM :**
Tél Fixe : **Tél Mobile :**
Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (à préciser)
NOM : **PRÉNOM :**
Tél Fixe : **Tél Mobile :**

AUTORISATION (S)

>>> Règlement intérieur

☐ OUI ☐ NON - Je reconnais avoir pris connaissance, respecter et accepter les termes du règlement intérieur que j'ai lu au préalable.
☐ OUI ☐ NON - J'accepte / ou autorise les membres de VSJ Arts Martiaux à utiliser l'image (photos ou films) de mon image ou de celle de mon enfant sur support papier (presse surtout locale, affiche, ...), sur DVD (compétition FFJ,...) et sur Internet (Facebook, site du club, ...) dans un cadre strictement sportif ou associatif
☐ OUI ☐ NON - J'accepte/ ou autorise les membres de VSJ Arts Martiaux à utiliser tout moyen pour me joindre ou m'informer sur le club (Téléphone, SMS, Mail, etc ...)
☐ OUI ☐ NON - J'accepte/ ou autorise mon enfant à être transporter en voiture particulière/transports collectifs lors des déplacements sportifs.

Date : **Signature du sportif ou du représentant légal :**

>>> Autorisation parentale (pour les mineurs)

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM].....

autorise mon enfant à pratiquer les différentes activités au sein de VSJ Arts Martiaux et autorise le club et ses responsables à prendre, en cas d'accident, toutes les dispositions pour le bien de mon enfant, en particulier dans le cas où une hospitalisation, une intervention chirurgicale, une transfusion sanguine seraient nécessaires, en mes lieu et place, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

Date : **Signature du représentant légal :**

PARTIE RÉSERVÉE AU CLUB

NOM :

PRÉNOM :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance : **A :**

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Tél Fixe : **Tél Mobile :**

E-mail (EN MAJUSCULE) :

PARTIE FINANCIERE ET AUTORISATIONS

☐ Licence FFJ ☐ Licence CFJBB ☐ Autre licence ☐ Photos identités ☐ Passeport

☐ Autorisation droit à l'image ☐ Autorisation de transport ☐ Attestation Entreprise

☐ Certificat médical, date ☐ QS-SPORT

Cotisation : Bon CAF : Montant :

Passeport : ANCV : Montant : Nombre de Chèques

Kimono : Tous en club :

Accessoires : Pass'Sport :

Autre aide :

Réduction :

TOTAL à payer :

1^{er} versement : Cheq / esp : **Date :** **N°** **Banque :**

2^{ème} versement : Cheq / esp : **Date :** **N°** **Banque :**

3^{ème} versement : Cheq / esp : **Date :** **N°** **Banque :**

4^{ème} versement : Cheq / esp : **Date :** **N°** **Banque :**

5^{ème} versement : Cheq / esp : **Date :** **N°** **Banque :**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi