



**TAEKWONDO  
PLANAIS**

Mobile: 06 37 29 57 90

SITE WEB: [taekwondoplanais.fr](http://taekwondoplanais.fr) EMAIL:  
taekwondo.planais@sfr.fr

PHOTO

**FICHE D'INSCRIPTION 2019/2020**

TAEKWONDO  BODY TAEKWONDO  SELF-DEFENSE

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ kg Profession: \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Dép.: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Nom du responsable pour l'adhérent mineur : \_\_\_\_\_

\* pièces fournies: \_\_\_\_\_ certificat médical \_\_\_\_\_ autorisation parentale \_\_\_\_\_ 3 Photos

*En signant cette fiche, je m'engage à respecter la pratique du TAEKWONDO. Je reconnais qu'aucune cotisation ne sera remboursée (voir règlement intérieur). Le tarif d'inscription ne comprend pas les divers stages et passages de grades de la saison. Possibilité de régler la cotisation en plusieurs fois.*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 2019 / 2020  
Signature :

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné Mr/Mme:..... Autorise mon enfant:..... A pratiquer le TAEKWONDO au sein du club TAEKWONDO PLANAIS.

Signature des parents :

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné Docteur :..... certifie avoir examiné..... Je n'ai à ce jour constaté aucun signe contre indiquant à la pratique du TAEKWOND, Body-TAEKWONDO

Fait à:..... Le.....  
Cachet du médecin