



FÉDÉRATION DÉFENSE SYSTÈME KRAV MAGA ET DISCIPLINES ASSOCIÉES

Photo

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024 - 2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone (fixe et/ou portable) :

E-mail :

Montant de la cotisation : 180 €

Par chèque uniquement libellé à l'ordre de KRAV-MAGA SEPTEUIL

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et en accepter les termes.

Je renonce par ailleurs, à tout recours contre l'association pour les dommages corporels matériels susceptibles de survenir pendant les activités organisées ou permises dans le cadre du club

Date

Signature :

C E R T I F I C A T M E D I C A L

Je soussignée

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Mme :

Et déclare qu'il/elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du Krav-Maga ;

Date

Cachet et signature du Médecin :