



SECTION OCTOGONE JIU-JITSU BRÉSILIEN



Saison 20...../20.....

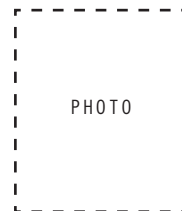
Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse :



Code postal :

Ville :

Téléphone obligatoire :

Courriel très conseillé :

Tarif **unique** de **110 euros**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. J'ai conscience des risques inhérents à la pratique du sport en générale et du Jiu-Jitsu Brésilien en particulier (blessures..., vêtements abimés..., etc.)

Je m'engage à respecter le règlement de l'association et les consignes des encadrants.

A : Le :

Signature obligatoire de l'adhérent et du tuteur légal pour les mineurs.



Notre partenaire **Pier Santé** soutient notre action autour du sport, de la santé, et de l'accès aux soins en offrant un tarif préférentiel pour votre mutuelle **Santé** et une convention adaptée à chacun.

Souhaite être contacté

Ne souhaite pas être contacté

**Certificat annuel de non contre-indication
à la pratique du Jiu-Jitsu Brésilien**

Je soussigné,

Docteur :

Certifie avoir examiné

Mme - Mr :

Il ou elle est :

Apte à la pratique du sport et du Jiu-Jitsu Brésilien et du self-défense.

A :

Le :

Cahet

Signature du Médecin :