



ASSOCIATION SPORTIVE  
Pratique du Karaté Shotokan  
ADULTES / ENFANTS /KARATE CANCER/  
KARATESANTE /SENIORS

**2019 – 2020**

**FICHE D'INSCRIPTION**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse électronique: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Le pratiquant s'engage à respecter la charte de l'association.**

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur, représentant légal (rayer mentions inutiles))

Autorise \_\_\_\_\_

A participer aux activités de l'association sportive EKD

Autorise le professeur responsable à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale en cas d'urgence ou de nécessité.

Accepte que la responsabilité du club s'arrête à la porte du Dojo et non sur le parking ou sur la rue.

J'autorise, je refuse (rayer mention inutile)

Toute prise de vue (vidéo ou photo) de mon enfant dans le cadre de l'activité du club.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

**le certificat médical (au verso) doit être impérativement renseigné**  
**cotisation annuelle de 140 € pour un adulte et de 120 € pour un enfant** (chèque à l'ordre de « Esprit Karaté Douvres »).(cette cotisation comprend la licence de la Fédération Française de Karaté qui s'élève à 37€, coupons sport acceptés)

Pour tout renseignement : Thierry Préaux / 06 29 15 08 63 /  
espritkaratedouvres@gmail.com

# **Certificat de non contre-indication à la participation aux entraînements et aux compétitions de Karaté.**

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

Docteur en médecine, demeurant : \_\_\_\_\_

---

Certifie avoir examiné : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Karaté.

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin**