FULL CONTACT CERIZAY 14175

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom / Prénom : ……..

Date et lieu de naissance : ……..

……

Mail (pas de Hotmail) : ……

Adresse : ……

……..

Tél fixe : Portable :

Poids : Ceinture :

Années d'expérience : Nombre de combats :

Votre nom apparaîtra sur le site de la fédération, pour annuler contacter le club, loi n°78-17 du 06/0 1/1978
http://www.fffcda.com/

COTISATION POUR LA SAISON

+ 18 ans 110 € / + 15 ans 70 € / - 15 ans 60 €

Fournir le certificat médical joint avec une photo, 2 enveloppes timbrées, une autorisation parentale pour les mineurs (voir sur le blog) et la photocopie de la carte d'identité d'un parent ou tuteur. Merci.

Entraînements

Le lundi 19h – 20h30 Salle de judo (pour les confirmés)
Le mercredi 19h – 20h30 et le samedi 10h – 12h Salle Léo Lagrange
Pour les enfants mercredi 18h30 – 19h30 et samedi 11h – 12h
Renseignements : 06.26.73.30.43 / 06.03.46.78.88 / 06.81.90.45.46 / 06.75.44.51.09

Adresse mail cerizay.fullcontact@gmail.com
Site internet http://fullcontact-cerizay.over-blog.com/
Site Fédération http://www.fffcda.com/

© Full Contact Cerizay – 1999-2012

CERTIFICAT MEDICAL 2011-2012

PHOTO

Je soussigné(e) Docteur .....

Certifie que : .....

.....

Ne présente pas de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du (cocher les cases) :

☐ Full Contact (coups avec puissance) Electrocardiogramme obligatoire.

et / ou

☐ Light Contact (touches sans puissance)

☐ Pour l'entraînement ☐ Pour la compétition

(cochez les cases)

Date …… / …… / ……..

Cachet du médecin Signature

© Full Contact Cerizay – 1999-2012