

FULL CONTACT CERIZAY 14175

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom / Prénom :

Date / lieu et pays de naissance :

..... Adresse :

.....

.....

Mail :

Tél fixe : Portable :

Poids : Ceinture :

Taille Gants : Taille

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 06/01/1978
<http://www.ffcda.com/>

COTISATION POUR LA SAISON

Adulte **100 €** / + 15 ans **60 €** / - 15 ans **50 €**

Fournir le certificat médical joint, 3 enveloppes timbrées avec votre nom et adresse, une photo, une autorisation parentale pour les mineurs et la photocopie de la carte d'identité d'un parent portant le même nom. Merci.

Entraînements

Le lundi 19h – 20h30 Salle de judo

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 / 06.85.13.22.55

cerizay.fullcontact@gmail.com

<http://fullcontact-cerizay.over-blog.com/>

NE PAS PLIER CETTE FEUILLE, MERCI.

1999-2010 © Full Contact Cerizay



CERTIFICAT MEDICAL

PHOTO

Saison 2009 / 2010

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que :

Mlle / Mme / M

Ne présente pas de contre-indication cliniquement décelable à la pratique

du Full Contact

et / ou

du Light Contact

Pour l'entraînement

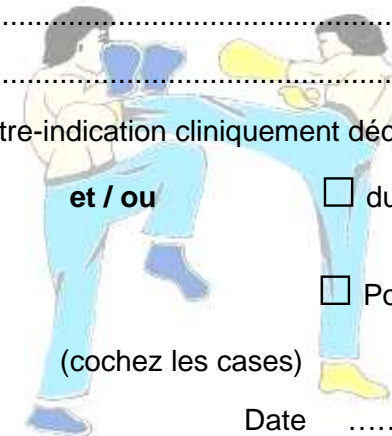
Pour la compétition

(cochez les cases)

Date / /

Cachet du médecin

Signature



CERIZAY
©fullcontact cerizay

NE PAS PLIER CETTE FEUILLE, MERCI.

1999-2010 © Full Contact Cerizay