



Fiche D'inscription

A joindre avec :

- Un certificat médical permettant la pratique du Pancrace
- Le règlement intérieur signé et **paraphé**.

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone:

Mail:

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom:

Nom:

Téléphone:

Téléphone:

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) _____ autorise _____ à participer aux cours de M.M.A au sein de l'association « Kick-Boxing 95 » 7 rue de la palombe.95610 Eragny sur Oise.

De plus je **l'autorise / ne l'autorise pas** (*rayez la mention inutile*) à quitter seul les locaux.

Signature:

Problèmes médicaux particuliers