



CHALON-AIKIDO

Association loi 1901 affiliée à la F.F.A.B. – Fédération disposant d'un Agrément Ministériel Jeunesse et Sports du 3 décembre 2004
(Fédération agréée depuis octobre 1985)

FICHE D'INSCRIPTION

Saison : /

N° de licence :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Nationalité :

Sexe :

Adresse :

Téléphone(s) N° :

N° si urgence et nom de la personne :

Email(s) :

Je, soussigné(e), **déclare avoir pris connaissance et adhère :**

- aux statuts et au règlement intérieur de l'association
- à l'ensemble des textes régissant le fonctionnement de la Fédération Française d'Aïkido et de Budo (FFAB) et de ses organismes.

Liens de consultation de ces textes :

- <https://www.chalon-aikido.com/wp-content/uploads/2023/12/Reglement-interieur-Chalon-Aikido.pdf>
- <http://www.ffabaikido.fr/fr/documents-officiels-et-l-gislation-121.html>

J'autorise l'association CHALON AIKIDO à recueillir les informations de formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à l'usage exclusif de l'association CHALON AIKIDO. Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant : <https://www.chalon-aikido.com/contact/et/ou> Chalon AIKIDO Maison des sports, Rue du 11 novembre 1918, 71100 CHALON-SUR-SAÔNE en joignant une copie de ma carte d'identité.

J'autorise les responsables de l'association : à prendre des photos et/ou des vidéos lors des activités organisées par l'association (cours, stages, sorties...) et à les publier exclusivement sur les outils de communication de l'association et/ou de la Fédération et de ses organes déconcentrés. ☐ OUI ☐ NON

☐ J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions figurant sur le questionnaire médical et mon certificat médical a moins de 3 ans (Date certificat médical :.....).

Ou

☐ J'ai répondu OUI à au moins une question figurant sur le questionnaire médical. Dans ce cas, je fournis un certificat médical datant de moins de SIX MOIS.

Ou

☐ Mon certificat médical a plus de 3 ans. Dans ce cas, je fournis un certificat médical datant de moins de SIX MOIS (Date certificat médical :.....).

Je suis informé(e) que la responsabilité de la F.F.A.B. et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement de celui-ci.

Fait à, le Signature

Cotisation et règlement

La licence fédérale est comprise dans le prix de la cotisation. Possibilité de régler en 3 chèques encaissés au début de chaque trimestre.

Enfants : 130 Euros

Ados et étudiants : 150 Euros

Adultes : 195 Euros

Réglé le :

Mode de règlement :