

FIGHE D'ADHESION SAISON : 2017 - 2018

HORAIRES ET TARIFS

FULL EDUCATIF	FULL CONTACT/K1
Elève 5 à 12 ans : 140 €(*)	Elève (+12 ans)/Adulte : 195 €(*)
<i>Mardi 17h45 - 18h45</i> <i>Mercredi de 17h - 18h</i>	<i>Mardi, Jeudi et Vendredi :</i> <i>19h45-21h15</i>
AERO KICK AND FIGHT	
Elève (14 et plus)/Adulte : 120 €(*)	
<i>Mardi 18h45 - 19h45</i>	
<i>T-Shirt du club Inclus (*)</i>	

Tous les cours ont lieu au gymnase du Val de Saye situé :
8, rue du Collège • 33920 St Yzan de Soudiac.

IMPORTANT

- LES PROTECTIONS NÉCESSAIRES À LA PRATIQUE DES DISCIPLINES SPORTIVES SONT À LA CHARGE DU(DE LA)LICENCIÉ(E), LE CLUB PEUT VOUS PRÊTER DES ÉLÉMENTS DE TENUE LORSQUE VOUS DÉBUTEZ.

- COURS ENFANTS, ADOS ET ADULTES (FULL) : LE SURVETEMENT EST TOLÉRÉ UNIQUEMENT EN DÉBUT DE SAISON, LE PORT DE JEANS, CHEMISE OU POLOS EST INTERDIT DURANT LES COURS.

LE REGLEMENT DE LA COTISATION EST ANNUEL (VOIR LES RESPONSABLES DU CLUB POUR LES MODALITÉS DE PAIEMENT)

CRÉDIT PHOTO : TONINO CRAPIZ.

FULL CONTACT - K1 - LIGHT CONTACT - AERO KICK AND FIGHT

FULL CONTACT SOUDIACAIS

SIÈGE SOCIAL :

19 CHEMIN DES POMMIERS
33920 SAINT YZAN DE SOUDIAC

T : 06.19.73.29.66.

E-mail : salisfull@hotmail.fr

WWW.FULL-CONTACT-SOUDIACAIS.FR



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SAISON 2017/2018



Nom : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Adresse (suite) : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone Fixe : _____ Mobile : _____

E-Mail : _____

Votre Taille : _____ Votre Poids : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Dept. : _____

Votre Profession : _____

Sport(s) Pratiqué(s) : _____

Signature de l'élève :

SOUHAIT DU PRATIQUANT

Je souhaite pratiquer ce sport pour : Loisir (entraînement) Compétition

Cadre réservé aux parents/tuteur(trice) de l'enfant mineur

Je soussigné : _____ autorise mon enfant : _____

à pratiquer le Full Contact et/ou la(les) discipline(s) associée(s), lors d'entraînements, de stages et/ou de compétitions pour la saison en cours. Je cède également les droits à l'image de la personne sus-citée.

Signature des parents ou du(de) la tuteur(trice) : _____

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

Certifie que : _____

Ne présente aucune contre-indications médicales apparentes l'empêchant de pratiquer le Full-Contact et/ou toutes les disciplines sportives assimilées, et peut donc participer aux entraînements, stages fédéraux...

Par ailleurs, la personne sus-citée est apte à participer :

- à l'entraînement [],

- aux compétitions [].

Cochez la(les) mention(s) utile(s)

Fait à : _____ le : _____

Cachet du médecin :

Signature :

Important : Un *certificat médical* stipulant que l'élève est apte à pratiquer le Full Contact/K1 est OBLIGATOIRE portant la mention "apte à la compétition".

- Les compétiteurs doivent fournir un *électro-cardiogramme portant la mention "apte à la compétition."*

- Les compétiteurs Elite doivent se munir d'un examen du *fond de l'oeil 3 miroir portant la mention "apte à la compétition."*