

Demande d'admission

Nom:

Prénom:

N° et rue:

Code postal:

Lieu:

Téléphone(s):

E-mail:

Date de naissance / Matricule Nationale:

Lieu de naissance:

Nationalité:

Profession:

Je m'engage à respecter les statuts ainsi que le règlement d'ordre intérieur dont je certifie avoir reçu(e) une copie.

J'affirme que je ne souffre d'aucune maladie ou lésion qui pourrait constituer un danger pendant l'entraînement.

Je donne mon consentement au comité du club de transmettre mes données à la FLAM, la Ville de Luxembourg et à l'Etat.

Je donne mon consentement à la prise de publication sur les réseaux sociaux des photos prises lors des entraînements, stages ou tout évènement sportif.

NON

OUI



Date:

Signature:

JOINDRE 1 PHOTO s. v. p.

Réservé au secrétaire du club:

Licence établie le:

Signature:

Numéro du passeport sportif:

En cas de mineur(e):

Je soussigné(e), Père / Mère / Tuteur du (de la) mineur(e):

l'autorise à s'inscrire comme membre actif à l'Aikido Club Luxembourg

Date:

Signature: