



Bulletin d'inscription SL

Saison 2019-2020

NOM: _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Sexe: F M⁽¹⁾

Adresse: _____

Code postal: _____

Ville: _____

Téléphone HR: _____

Téléphone HB: _____

Mobile: _____

Courriel: _____

Taille tee-shirt : _____

Taille chaussettes : _____

Note: Nous souhaitons privilégier internet comme moyen de communication entre le club et ses licenciés (ou leurs parents). Merci de nous communiquer votre adresse et de nous informer de tout changement en cours de saison.

J'accepte que mon nom soit visible par tous sur le site de la Fédération Française d'Escrime	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON ⁽¹⁾
J'accepte que mon image puisse être utilisée dans le cadre de manifestations liées à la pratique de l'escrime	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON ⁽¹⁾

CHOIX DE L'ASSURANCE

Je soussigné(e) _____, père, mère ou tuteur⁽¹⁾ de _____, reconnais avoir pris connaissance des options d'assurances proposées par la Fédération Française d'Escrime moyennant finance affichées à la salle d'armes et dont j'ai reçu une copie.

Je souscris au contrat 'accident corporel' et opte pour l'option **de base** **LICENCE+** ⁽¹⁾

Signature: _____

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) _____, père, mère ou tuteur⁽¹⁾ de _____, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (document disponible sur le site du club et affiché à la salle d'armes)

Signature: _____

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

Cercle d'escrime d'Albi:

site internet: www.escrime-albi.fr
courriel: postmaster@escrime-albi.fr

CADRE RESERVE AU CLUB	
Montant licence	€
Option assurance	
Licence+	<input type="checkbox"/>
assurance de base	<input type="checkbox"/>
Location	
kimono	<input type="checkbox"/> 10,00 €
masque	<input type="checkbox"/> 5,00 €
arme	<input type="checkbox"/> 30,00 €
gants	<input type="checkbox"/> 15,00 €
Total	€
Certificat médical	<input type="checkbox"/>