

# NYONS AÏKIDO

Aïkido Kobayashi Ryu

Jodo Shindo Muso Ryu



06 58 76 01 32  
06 78 76 18 64

nyonsaikido.fr

Association loi du 1 juillet 1901  
797 554 557 00018

## BULLETIN D'INSCRIPTION : 20 / 20

### VEUILLEZ JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL

**NOM** : .....

**PRÉNOM** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**ADRESSE** : .....

**E-MAIL** : .....

**TÉLÉPHONE** : .....

**MÉDECIN TRAITANT** : .....

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE** :

.....

PHOTO

### AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné M. Mme ..... Autorise mon fils, ma fille .....  
à pratiquer l'aïkido et le jodo. J'autorise les responsables du Club à prendre toutes les mesures  
d'urgence nécessaires à l'état de santé de mon enfant durant les séances.

A Nyons, le ..... SIGNATURES DES PARENTS

### COTISATIONS

**Adulte** : Licence FIAMT 30 € + 50 € par trimestre = 180 € par an

**Enfant** : Licence FIAMT 30 € + 40 € par trimestre = 150 € par an

Les cotisations sont payables à **l'année** :

- en liquide
- par chèque global : 3 trois chèques débités en Octobre, Janvier et Avril
- ANCV / top'depart / pass'sport / pass region

Aucun remboursement ne sera effectué en cours d'année.

Le règlement des cotisations doit être fait dans les deux semaines suivant votre première participation.

### AUTORISATION DE LA PUBLICATION DE L'IMAGE ET RÈGLEMENT

J'autorise gracieusement et temporairement la publication des images dans  
lesquelles je peux apparaître.

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur ---->

Je m'engage à prévenir l'association en cas d'absence au cours.



### ASSURANCE

Nyons Aïkido vous informe que les adhérents peuvent, souscrire à un contrat d'assurance de personne,  
aussi appelé « individuel accident ». Pour plus d'info, prendre contact avec le président de l'association.

DATE ET SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

## **Traitement des informations personnelles**

Responsable du traitement des informations pour Nyons Aïkido : Moreira David

Les informations portées sur le formulaire ci-joint font l'objet d'un traitement informatisé. Elles seront conservées pendant 10 ans et destinées à Nyons Aïkido pour le bon fonctionnement de l'association (*suivi de trésorerie, statistiques, assurances*).

Elles nous serviront aussi pour la communication d'informations par courriel ou message téléphonique.

Vos noms, prénoms, date de naissance et adresse seront transmis à la FIAMT (*Fédération Internationale d'Arts Martiaux Traditionnels et d'Arts de Défense*) pour l'édition de votre licence.

Vos noms et prénoms peuvent être transmis pour un article de journal durant la saison en cours et/ou sur le site *nyonsaikido.fr* et la page *facebook* du club. Votre numéro de téléphone est utilisé pour le groupe WhatsApp. Nyons-Aïkido. Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à M. Moreira David.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Le.....à.....

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé » :

---

### **Si certificat médical -3ans = Attestation à remplir :**

Je soussigné(e) M/Mme Prénom :

NOM :

Pour les mineurs :

En ma qualité de représentant légal de Prénom :

NOM :

Atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif ou du représentant légal :



Questionnaire QS-Sport