

Adhésion MDS DIJON / SystemB

Saison 2023 - 2024

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Age :

TELEPHONE :

Je présente ma demande d'adhésion à MDS DIJON et m'engage à respecter ses valeurs, ses principes et ses règles.

J'autorise MDS DIJON à utiliser mon image pour sa communication et sa promotion.

Je reconnais être informé(e), en tant qu'adhérent(e), que MDS Dijon a souscrit des contrats répondant aux obligations légales d'assurance et de la possibilité de souscrire à titre individuel à des garanties complémentaires.

Date :

Signature du demandeur :

AUTORISATION PARENTALE (Pour l'adhésion d'un mineur)

Nom – Prénom – Signature (Père)

Nom – Prénom – Signature (Mère)

REGLEMENT

Paiement comptant (chèque ou espèces) / 250 euros

3 chèques / 90 euros – 80 euros – 80 euros / Encaissés dans cet ordre (1 par mois)

Les chèques sont établis à l'ordre de MDS DIJON

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, docteur

Déclare avoir examiné

*Et certifie que celui-ci ou celle-ci ne présente aucune contre indication
à la pratique des Arts Martiaux, des Sports de Combat et de la Self Défense.*

Date

Cachet

Signature

!!! Pas de certificat médical sur papier volant - Pas de découpage !!!