



DOJO DE LA MOINE
MONTFAUCON – MONTIGNE

INSCRIPTION RESNEIGNEMENTS

NOM :PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE :

E-MAIL :@.....

DATE D'INSCRIPTION/...../..... DATE DE REGLEMENT :...../...../.....

CHEQUES

ESPECES

MONSIEUR OU MADAME

DONNE LE POUVOIR AUX DIRIGEANTS DU DOJO DE LA MOINE POUR PRENDRE
TOUTES LES DECISIONS D'ORDRE MEDICAL EN CAS D'URGENCE

MEDECIN DE FAMILLE :

CERTIFICAT MEDICAL : ☐

SIGNATURE :