Style Wado Ryu
Affilié à la **F**édération **F**rancaise de **K**aratéé

Saison 2018-2019

Karaté Club Nippon Wado Kai

Stade de la Blies – Gymnase du Rowing - 57200 Sarreguemines

☎ 03 87 02 03 23 ou 06 62 28 86 12 (M.Fernsner/Président)
☎ 03 87 98 46 83 (Club Lu/Ma/Je/Ve après 18H30 – Samedi de 14H00 à 15H00 et Dimanche de 10H00 à 11H30)
E-mail : info@karate-sarreguemines.fr **Site Internet : www.karate-sarreguemines.fr**

ENFANTS DE 5½ / 6 ANS A 8 ANS	La cotisation enfant se compose :
Cours débutants et gradés	D'une licence/assurance
JEUDI 18H30 A 19H30	de la FFK soit € 37,00/an
SAMEDI 14H00 A 15H00	de la cotisation soit € 73,00/an
Cours compétition	**Total : € 110,00/an**
VENDREDI 18H45 A 19H45 **(Sur autorisation)**	**Réductions à partir du 2ème membre** **Possibilité de règlement trimestriel** **Nous consulter !**

POUR POUVOIR ETRE LICENCIE AU KARATE CLUB DE SARREGUEMINES VOUS ETES PRIES DE REMETTRE A UN RESPONSABLE DU CLUB LORS DE L'INSCRIPTION POUR LES NOUVEAUX MEMBRES, AU DEBUT DE LA NOUVELLE SAISON SPORTIVE POUR LES ANCIENS

- ***1 ENVELOPPE AFFRANCHIE AVEC VOTRE ADRESSE OU VOTRE QDRESSE MAIL***
- ***1 CERTIFICAT MEDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DU KARATE***
- ***LE MONTANT DE LA COTISATION (Cotisation + Licence)***

Pour les nouveaux inscrits seulement :

- ***2 PHOTOS***
- ***LA FICHE D'INSCRIPTION REMPLIE ET SIGNEE.***

LES COTISATIONS ETANT LES SEULES RESSOURCES DU CLUB, NOUS VOUS PRIONS DE LES REGLER AVEC PONCTUALITE AUTANT QUE POSSIBLE PAR CHEQUE EN MENTIONNANT AU DOS LE NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE CONCERNEE. TOUTE PERSONNE N'ETANT PAS EN REGLE DANS LES 8 JOURS DE L'INSCRIPTION (CERTIFICAT MEDICAL + COTISATION) NE POURRA PARTICIPER A L'ENTRAINEMENT.

LE CERTIFICAT MEDICAL ETABLI A COMPTER DU 01.09.2018 PEUT ETRE DELIVRE PAR LE MEDECIN DE FAMILLE.

LES COTISATIONS AINSI QUE LES LICENCES NE SERONT EN AUCUN CAS REMBOURSEES EN COURS DE SAISON.

✂

F I C H E D ' I N S C R I P T I O N D'UN NOUVEAU LICENCIE 2018/2019
(à détacher et à remettre au secrétariat)

NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ LIEU DE NAISSANCE_____

ADRESSE _____

NATIONALITE _____ TELEPHONE _____ PROFESSION _____

MAIL _____@_____

AUTORISATION DES PARENTS (Mineurs) SARREGUEMINES LE…../…../……..
NOM DU REPRESENTANT LEGAL _____

SIGNATURE : SIGNATURE :
(Représentant légal) (Licencié)