

Nom : Prénom :
Date de naissance : __ / __ / ____ Nationalité :
Téléphone Fixe : Mobile :
Profession :
Adresse Postale :
.....
Email (MAJUSCULE) :

Pour une **1^{ère}**
inscription,
Merci d'apporter :

- Un Certificat Médical,
- Le Règlement,
- Une Photo

<u>TAI CHI CHUAN</u>	Cotisation annuelle TAI CHI CHUAN / QI GONG
<input type="checkbox"/> Initiation et Perfectionnements 1 ^{ère} à 4 ^{ème} année	Tarif Normal <input type="checkbox"/> 415 €
<input type="checkbox"/> Avancés et Approfondissements 2 ^{ème} à 6 ^{ème} année	Tarif Retraité <input type="checkbox"/> 375 €
<input type="checkbox"/> Progression et Stabilisation 4 ^{ème} à 9 ^{ème} année	Tarif Étudiant* <input type="checkbox"/> 320 €
<input type="checkbox"/> Intégration 7 ^{ème} année et +	Tarif Réduit* <input type="checkbox"/> 320 €
<u>QI GONG</u>	
<input type="checkbox"/> Qi Gong tous niveaux	<input type="checkbox"/> Je souhaite faire un don pour aider le Dojo de : €
<input type="checkbox"/> NEI DAN QI GONG Tous niveaux	
<input type="checkbox"/> QI GONG Avancés 2 ^{ème} année et +	

Les cotisations ci-contre concernent tous les cours réguliers **hors vacances scolaires de la zone A et jours fériés.**

Réduction Famille et cotisations dégressives (dès novembre) : informations à l'accueil

Assurance inclue uniquement pour les **moins de 75 ans.**

***Justificatifs obligatoires / Tarif étudiant** : moins de 28 ans

Cadre réservé à l'accueil :

- T. Famille :
 RGLT Com
 Double Discipline :

Total :

Je choisis de régler : En Espèces
 De 1 à 4 Chèque(s) :

Ordre des chèques « EUROPE LYON AIKIDO »

Dans le cadre de mon inscription, j'atteste :

- Avoir bien noté qu'au-delà des 8 jours d'essai, toute inscription est définitive et qu'aucun remboursement n'est possible.
- M'engager à respecter pleinement et sans condition le règlement intérieur et la charte du DOJO ;
- Ne présenter aucune contre-indication à la pratique des disciplines du DOJO. En cas de doute de contre-indication à la pratique, nous vous recommandons fortement de consulter un médecin compétent.
- Avoir bien pris connaissance que, pour toute première inscription, un certificat médical est **obligatoire** et que, s'il n'est pas fourni **sous 15 jours**, l'accès au cours pourra m'être refusé ;
- Être assuré(e) en responsabilité civile auprès d'une compagnie notoirement connue ;
- Prendre l'entière responsabilité de ma personne ;
- Autoriser le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.
- Autoriser l'association Europe Lyon Aïkido à utiliser à titre gratuit, et à des fins de présentations et promotions des activités sur documents et sites internet de l'association, les éventuelles images de ma personne (photos ou films) prises lors de la pratique des activités du DOJO, sauf dans le cas d'un refus explicite de ma part. Cette autorisation est valable pour une période indéterminée et pourra être révoquée à tout moment par courrier à l'association.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à :

Date :

Merci de nous indiquer vos remarques et éventuelles difficultés de santé que vous souhaiteriez porter à notre connaissance :