Association SANAM MUAY THAÏ:Affiliation F.F.K.M.D.A

- Affiliation : N° 1110270700102 - Déclaration en préfecture : N° W271002003

GYMNASE Jeannie LONGO, route de la piscine 27150 Etrépagny.

Date de début de saison : le Mardi 8 Septembre 2020 à 18 h 00.

Pendant les vacances scolaires les entraînements ne sont pas honorés, sauf dérogation de la communauté de commune d'Etrépagny.

EDUCATIF 7 à 15 ans : Mardi 18 h à 19 h 00

Jeudi 18 h à 19 h 00

<u>ADULTE</u>: Mardi 19 h à 21 h 00

Jeudi 19 h à 21 h 00

Cotisation annuelle par chèque à l'ordre de : Association SANAM MUAY THAÏ

Adresse siège social: Mairie d'Etrépagny 10 rue M. Foch 27150 Etrépagny.

<u>Tarif de l'adhésion :</u> 100 € pour l'année + la licence.

Tarif Licence F.F.K.M.D.A 35 € Adultes et moins de 18 ans 25 €

Paiement de la licence et des cotisations de l'association lors de l'inscription.

Equipement & Consignes:

- Entraînement Pieds nus avec Short (large) et Tee-Shirt.
- Gants de boxe 12 oz velcro, protèges tibias mousse, protège dent simple Pro, coquille.
- Hygiène corporelle : Ongles de pieds coupés.
- Serviette dans le sac de sport pour la transpiration. Bouteille d'eau au vestiaire.
- Vestiaire séparé avec douche : homme femme.
- Le club se dégage de toutes responsabilités en cas de vol.

Pour l'inscription :

- * 1 Certificat médical obligatoire à la pratique d'un sport de combat pieds poings pour les nouveaux adhérents et une fiche de renouvellement pour les anciens.
- * 1 Autorisation des parents pour les mineurs à la pratique et soins d'un sport de combat.
- * 1 fiche de renseignements à remplir lors de l'inscription accompagnée d'une photo.

MONITEURS

Mr. SENECHAL Gerald Président et Moniteur Fédéral F.F.K.M.D.A Titulaire BMF3 Muay Thaï

> Mr. MUSEMENT Jean Claude Moniteur Fédéral F.F.K.M.D.A Titulaire BMF2 Muay Thaï

Mr. VERGNE Kevin Moniteur Fédéral F.F.K.M.D.A Titulaire BMF2 Muay Thaï Mr. DORNIER Frédéric Moniteur Fédéral F.F.K.M.D.A Titulaire BMF2 Muay Thaï Mr. PUIROUX Cédric Moniteur Fédéral F.F.K.M.D.A Titulaire BMF1 Muay Thaï

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

		РНОТО
NOM:		
PRENOM:		
DATE DE NAISSANCE :		
ADRESSE:		
VILLE ET CODE POSTAL :		
TELEPHONE :		
E. MAIL :		
PROFESSION POUR LES SALARIES		
NOM DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE :		
PROFESSION POUR LES SALARIERS (Facultatif):		
SPORTS PRATIQUES :		
ASSURANCES RESPONSABILITES CIVILE :	OUI	NON
ASSURANCES INDIVIDUELLE (SCOLAIRE):	OUI	NON
AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE :	OUI	NON
AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOINS :	OUI	NON
SOUHAITEZ VOUS FAIRE DE LA COMPETITION :	OUI	NON
Entourer la réponse.		