



Bulletin d'adhésion

Activité

ETAT CIVIL DU PRATIQUANT

M. Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : __/__/____ Lieu : _____

Nationalité : _____

Tel Mobile : __. __. __. __. __. __. _____

Email : _____@_____

Nom et Prénom des représentants légaux (pour les mineurs)

ACCORD D'ADHESION

Les adhérents s'engagent à respecter les points ci-dessous :

1. Les cours de tai chi chuan et de qin na sont principalement en extérieur.
2. Les adhérents qui ne peuvent plus assister aux cours dispensés par l'association pour raison de santé, sont dans le droit de demander un avoir pour la rentrée prochaine sur présentation d'un certificat médical. Cet avoir sera équivalent à la période d'absence. Le bureau examinera toutes demandes et y répondra.
3. La validité d'une carte de 10 séances de tai chi chuan est de 6 mois, non remboursable.
4. Les pratiquants s'engagent à porter une tenue sportive et adaptée. Lors de la pratique en salle, favoriser un bas de kimono blanc ou noir et un tee shirt de l'association.
5. Tout pratiquant en retard, s'engage à ne pas déranger le cours commencé. Il s'installe en silence au sein du groupe et se met en mouvement.
6. Interdiction de filmer et de diffuser sur les réseaux sociaux les taos de Qin Na et de Tai Chi Chuan lors des séances en groupe.

CESSION DU DROIT A L'IMAGE :

J'accepte que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, dvd, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

Oui Non

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

Je, soussigné(e) M ou Mme _____ représentant légal de _____ certifie lui donner l'autorisation :

- d'adhérer à l'Écoute du Silence pour toutes les activités,
- prendre place dans un véhicule afin d'effectuer les déplacements nécessités par les activités au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'accident est : _____
numéros de téléphone : _____.

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE POUR LES MAJEURS :

Nom : _____ Téléphone : _____

ASSURANCE :

Je reconnais avoir été avisé que je peux consulter sur demande la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans la licence.

Je suis satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer les activités proposées ou les sports considérés. JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL.

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)

A _____ le ____/____/____

Adhésion Certificat Licence

Signature obligatoire
(du demandeur ou du représentant légal)