



SAISON 2024/2025

C.O.C CABESTANY



KARATE

K. D. S



KUNG FU



PHOTO
D'IDENTITE
OBLIGATOIRE

Salle Dojo Complexe sportif la Germanor route de Saleilles 66330 Cabestany

TEL : 04-68-67-12-73

PORT : 06-86-18-42-11

www.cockaratecabestany.fr

LICENCE N°(si déjà licencié FFKDA)

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Adresse MAIL (en majuscule):@.....

Téléphone : Portable :

Profession : Groupe sanguin :

Demande mon adhésion au C.O.C KARATE et certifie accepter son règlement intérieur

SIGNATURE : (des parents pour les mineurs)

A JOINDRE :

**Certificat médical de non contre-indication à la pratique du KARATE ; K.D.S
ou KUNG FU En club ou en compétition**

AUTORISATION DE DIFFUSION SUR LE SITE INTERNET DU CLUB

Je soussigné..... autorise / n'autorise pas le C.O.C karaté Cabestany
à diffuser le nom et la photo sur le site Internet du club www.cockaratecabestany.fr

POUR LES MINEURS AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), (père,mère,tuteur)

Autorise mon enfant à pratiquer le karaté au sein du
club « COC Karaté CABESTANY » Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et
de fonctionnement du club. En cas d'incident, j'autorise l'éducateur ou les dirigeants du club à
prendre pour moi toutes les mesures qu'ils estimeront nécessaires

Date :

Signature du représentant légal :

AUTORISATION PARENTALE 2024-2025

Je soussigné

Père - mère - tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant

.....

Téléphone : domicile Professionnel

N° Sécurité Sociale :

AUTORISE MON ENFANT

NOM.....**PRENOM**.....

A participer aux manifestations de la **Saison 2024-2025** organisées par la F.F.KARATE et ses organismes déconcentrés (Ligues et Départements)

J'autorise la prise en charge médicale pour tout incident survenant pendant la manifestation.

Fait à le

Signature
(faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DocteurCertifie avoir examiné ce jour

M, Mme, Melle, l'enfant Né(e) le : ____/____/____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du KARATE ; K.D.S ou KUNG FU en club ou en compétition

Fait à _____, le ____/____/____

Cachet et Signature du Médecin

Cachet et Signature du Médecin