

# FICHE D'INSCRIPTION

Du ...../...../..... au ...../...../.....

PHOTO

Nom  Prénom   
Date de naissance  /  /  Age   
Adresse   
Code postal  Ville   
Téléphone   
Email

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAPOEIRA            | <input type="checkbox"/> LADY BOXING   | <input type="checkbox"/> KARATÉ SHOTOKAN  | <input type="checkbox"/> BOXING KIDS   |
| <input type="checkbox"/> MMA                 | <input type="checkbox"/> KICK BOXING   | <input type="checkbox"/> KYOKUSHIN KARATÉ | <input type="checkbox"/> KRAV KIDS     |
| <input type="checkbox"/> GRAPPLING           | <input type="checkbox"/> BOXE ANGLAISE | <input type="checkbox"/> KRAV MAGA        | <input type="checkbox"/> KARATÉ KIDS   |
| <input type="checkbox"/> JIU JITSU BRÉSILIEN | <input type="checkbox"/> BOXE THAÏ     | <input type="checkbox"/> PENCHAK SILAT    | <input type="checkbox"/> CAPOEIRA KIDS |

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

Père       Mère       Tuteur légal

autorise l'enfant (nom, prénom).....

à pratiquer la (les) disciplines(s) sélectionnée(s) ci-dessus.

Vous avez connu le centre Maccabi Paris par :

- |                                   |                                    |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Affichage | <input type="checkbox"/> Tract/pub |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Amis      | <input type="checkbox"/> Autre     |

Avez-vous déjà pratiqué un Art martial ?  Oui  Non

Si oui, quelle(s) discipline(s) .....

Nom du club .....

Ceinture .....

à Paris, le ... / ... / .....

**Signature :**



**MACCABIPARIS.COM**

70 Rue René Boulanger, 75010 Paris

Téléphone : 01.53.19.18.82

