FEUILLE D'INSCRIPTION TEAM ACFIGHT

ASSOCIATION MMAFIGHTFIT ACFIGHT
34 rue de Paris 78600 Ville de Maisons-Laffitte.

Informations Personnelles (adhérent)

• **Nom :**

• **Prénom :**

• **Date de naissance :** _____

• **Adresse :**

_____

• **Code postal :** _____

• **Ville :** _____

• **Téléphone :** _____

• **Email :** _____

Sélectionnez votre programme d'entraînement : (entourer votre section)

• **EMC** (Pour les 3-5 ans) **MERCREDI 10H-11H**

• **Kidz MMA** (Pour les 6-10 ans) **MERCREDI 14H30-15H30**

• **Junior MMA** (Pour les 11-14 ans) **MERCREDI 15H30-16H30**

• **Ado MMA** (Pour les 15-18 ans) **MARDI 19H30-20H30 / MERCREDI ET VENDREDI 19H30-21H00**

• **Adulte MMA** (18 ans et plus) **MARDI 20H30-22H00 / MERCREDI ET VENDREDI 19H30-21H00**

• **Kids Jiu Jitsu** (Pour les 7-10 ans) **MERCREDI 11H-12H**

• **Junior Jiu Jitsu** (Pour les 11-14 ans) **MERCREDI 13H30-14H30**

• **Ado/Adultes Jiu Jitsu** (Pour les 15-17ans) **LUNDI MERCREDI VENDREDI 20H45-22H00**

• **100% Girlz** (Cours exclusivement féminins) **JEUDI 19H00-20H30**

• **Muay Thaï Traditionnelle** (18 ans et plus) **LUNDI MERCREDI 19H15-20H45 JEUDI 20H30-22H00**

Documents à Fournir

• Certificat médical de non-contre-indication à la pratique du MMA / Jiu Jitsu / Muay thai etc..

ou attestation de santé (pour la compétition certificat médical obligatoire)

• Photocopie de la pièce d'identité

• Autorisation parentale à remplir (pour les mineurs)

Autorisation Parentale (pour les mineurs)

Je soussigné(e), _____, autorise mon enfant _____à participer aux entraînements de **MMA/Jiu Jitsu et autres discplines** au sein de l'association **MMAFightnFit ACfight** de Maisons-Laffitte.

• **Signature du parent/tuteur :** _____

• **Date :** _____

Conditions Générales de l'inscription

• La participation aux cours est soumise au respect du règlement intérieur.

. Toute non présence doit être signalée au coach au moins 24 heures à l'avance.

• Le paiement de la cotisation est dû au moment de l'inscription et **est non remboursable** (possibilité de payer en 3 chèques) je prends connaissance et j'accepte ces conditions **.**

• **Une seule facture vous sera adressée sur l'année**, le bureau n'adresse pas de duplicata.

• Le nombre d'élèves étant limité, l'association **peut exclure** un adhérent de sa section :

Si il ne respecte pas le reglement.

S'il **n'est pas régulier en présence** pour laisser la place à un autre nouvel adhérent pour le bien du groupe. (Un avertissement sera adressé, puis une possible exclusion sera opérée ensuite si le problème persiste).

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :_____Prénom :_____Téléphone :_____

Signature parent:

Je, soussigné(e), _____, déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions generales de l'inscription **MMAFightnFit ACfight**.

• **Signature :** _____

• **Date :** _____

Signature de l'adhérent

Je, soussigné(e), _____, déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions generales de l'inscription **MMAFightnFit ACfight**.

• **Signature :** _____

• **Date :** _____

(merci de signer le règlement intérieur)

TEAM ACFIGHT

Maisons-Laffitte

FACTURE ACF-1901

CENTRE D'ART MARTIAUX

MMAFIGHTNFIT ACFIGH

Adresse: 34 rue de paris 78600 Maisons Laffitte

N°RNA:W783012985

Email: mmafightnfit@gmail.com

NOM :……

PRENOM :……..

ADRESSE : ……...

……

Date de facture :

Statut du paiement :

DISCIPLINE : ……

MONTANT DE LA COTISATION : ……..

(Cachet du club obligatoire pour valider cette facture)

TOTAL TTC :……..

TVA non applicable

En cas de retard, de problème d'encaissement de cheque, une pénalité au taux annuel de 5 % sera appliquée, à laquelle s'ajoutera une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €.