



FEUILLE D'INSCRIPTION
2024-2025

Photo
(Uniquement Première
année)

DISCIPLINE

- WUSHU
- TAI CHI CHUAN
- TRAINING KUNG FU
- WING CHUN
- SELF DEFENSE
- SABRE LASER

NOM : -----

PRENOM : -----

DATE DE NAISSANCE : -----

PROFESSION : -----

ADRESSE

POSTALE : -----

EMAIL : -----

TELEPHONE FIXE : -----

TELEPHONE PORTABLE : -----

Mensurations : Hauteur.....Poids.....Pointure.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT : (nom, prénom,
adresse et téléphone)

Remise du Certificat médical OUI/NON

Paiement en 1 – 2 – 3 fois BANQUE : 1er Chèque (N°/montant) -----2^E Chèque (N°et Montant)-----

3^e chèque (N° et montant)----- 4^e chèque (N° et montant)-----5^e chèque-----

Espèces : (montant total de la cotisation) -----

Autorisation d'images : OUI/NON

DATE et SIGNATURE (j'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'école).

(Le dossier doit impérativement être remis avec le paiement total).