

SYSTEMA

Respiration Relaxation
Self defense



en
Seine-et-marne
COMBS
77

FICHE D'INSCRIPTION 2015/2016

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : Code postal : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Profession : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

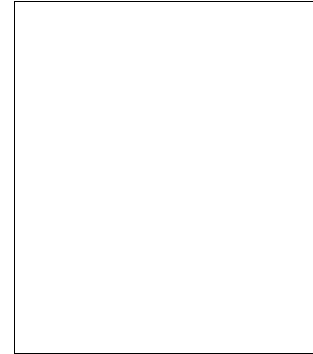
NOM et N° de police d'assurance responsabilité civile : _____

Expérience précédente dans les arts martiaux : _____

Problèmes spécifiques de santé : _____

Date : Signature : _____

Signature des parents ou du tuteur pour les mineurs :



PHOTO