

ADULTE



Photo

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE :

DATE D'ADHESION AU CLUB :

N° DE LICENCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

MAIL :

TELEPHONE(S) :

J'autorise l'association à me photographier et / ou à me filmer et à insérer ces images dans les publications de l'association (revue ou site internet), en respect de la législation en vigueur.

Je n'autorise pas l'association à me photographier et / ou à me filmer.

Fait à, le

Signature

AIKIDO ET MUSUBI RHÔNE-ALPES