 

**PARTICIPATION AUX COURS EN GROUPE RESTREINT  
SAISON 2019-2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :** |  |
| **PRENOM :** |  |
| **ADRESSE :** | N°, RUE : CODE POSTAL : VILLE : |
| **PROFESSION :** |  |
| **DATE DE NAISSANCE :** |  |
| **LIEU DE NAISSANCE :** |  |
| **TELEPHONE :** |  |
| **ADRESSE MAIL :** |  |
| **DROIT A L’IMAGE** | J’accepte d’être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre du stage  et que ces images puissent être diffusées notamment sur le site web d’AKM  et celui de IKMF et IKMF FRANCE.  **OUI – NON (rayer la mention inutile)** |

**FAIT A ……………………………………. SIGNATURE :  
LE ……………………………………………**

**Documents à fournir :**  
- Certificat médical de moins de 3 mois   
- Décharge signée (transmise par AKM)  
- Extrait de casier judiciaire N°3 (document à présenter, qui ne sera pas conservé par AKM)   
- Une photo d’identité récente

|  |
| --- |
| ***NE PAS REMPLIR CETTE PARTIE DU DOCUMENT*** |
| *Photo d’identité récente O Extrait casier judiciaire O Certificat médical O*  *Décharge O* |