 

**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 stageet que ces images puissent être diffusées notamment sur le site web d’AKMet 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
- 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 OExtrait casier judiciaire OCertificat médical O* *Décharge O* |