

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	PROFESSION
EMAIL	
TEL MOBILE	
NOM D'UNE PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT	
TEL MOBILE DE LA PERSONNE A JOINDRE	

ANCIEN PRATIQUANT FEKM	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>



SI OUI



CLUB
PROF

RENOUVELLEMENT LICENCE	OUI <input type="checkbox"/>
	NON <input type="checkbox"/>

<b>PASS SANITAIRE</b>
-----------------------

Vaccin	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Tests	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Certif rétablissement	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DU CLUB ?	SITE INTERNET <input type="checkbox"/> AMI <input type="checkbox"/> VIDEO YOUTUBE <input type="checkbox"/> SITE FEKM <input type="checkbox"/> PROSPECTUS <input type="checkbox"/> BOUCHE A OREILLE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
---	--

COMMENT ?
-----------

JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DONT J'AI REMIS UN EXEMPLAIRE AVEC CETTE FICHE D'INSCRIPTION AINSI QUE LA DECHARGE. JE M'ENGAGE A LES RESPECTER.

DATE
------

SIGNATURE
-----------

Check list dossier :

Fiche d'inscription	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Certificat médical	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------

Règlement/chèque à l'ordre KMCR	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------

Règlement intérieur à signer	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------

Décharge signée	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

2 photos	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------