



## ANNEE 2017/2018 PANCRACE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone(s) : .....

Profession : .....

Poids : .....

### **Participera aux séances du (des) (rayer les mentions inutiles) :**

- lundi soir (18h-19h30)
- vendredi soir (20h-21h30)

### **Tarif des cotisations : 125 €/an**

**Règlement par** chèque (à l'ordre de FLK Pancrace) ou en chèques vacances avant le 31/10/17.

Joindre **IMPERATIVEMENT** un certificat médical autorisant la pratique du pancrace.

Je soussigné, ..... reconnaît avoir pris connaissance des conditions d'assurances, statuts, et règlement intérieur et de l'ensemble des garanties associées au contrat d'assurance auquel me donne droit l'inscription de moi-même à la section Pancrace du FLK.

Autorisation parentale :

Je soussigné....., père, mère, tuteur de l'enfant  
....., autorise celui-ci à pratiquer le pancrace au sein du FLK.

**Date :**

**Signature :**