

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tel

Email

Date de naissance

Profession

Date du certificat médical :

Discipline	Inscription annuelle	Assurance	Licence annuelle (facultatif)	Cours	Année
Budo (toutes disciplines)	5	7			150
Aïkidô (FFAB)			30		
Jodô (FEJ)			30-15		
Iaïdô (FEI)			30-15		
Shiatsu ou Massage	5			30	150
Shiatsu et Massage	5			45	225
Gymnastique de tonification	5	7			150
Inipi	5			20	60

Pour une deuxième pratique, ½ tarif.

Total de la cotisation :

Nombre de chèque(s) :

Date d'encaissement :

Je soussigné,

déclare accepter les conditions d'inscriptions et de pratique de l'association Kaname

date et signature :