



saison 2026-2027

N° DE LICENCE

GRADE.....

NOM

PRENOM DATE DE NAISSANCE

ADRESSE
.....
.....
.....

TELEPHONE EMAIL.....

Je soussigné(e), **déclare avoir pris connaissance et adhère :**

- Aux statuts et au règlement intérieur de l'association
- A l'ensemble des textes régissant le fonctionnement de la Fédération Française d'Aikido et de Budo (FFAB) et de ses organismes .
- Pass Sanitaire obligatoire – Aucun remboursement en cas de non respect

☐ J'autorise l'association AIKIDO CLUB MONTMELIAN à recueillir les informations de formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à l'usage exclusif de l'association AIKIDO CLUB MONTMELIAN conformément à la loi , je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant « aikido.club.montmelian@gmail.com » en joignant une copie de ma carte d'identité .

☐ J'autorise les responsables de l'association à prendre des photos lors des activités organisées par l'association (cours, stages, sorties ...) et à les publier exclusivement sur les outils de communication de l'association .

Signature

Date