

Adulte Saison 2025 / 2026

(A REMPLIR EN MAJUSCULE)

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tel fixe : Tel portable (obligatoire) :

E-mail (obligatoire) :

Formule AAMTC choisie :

- 1 cours ☐
- 2 cours ☐
- 3 cours ☐
- 4 cours ☐
- 5 cours ☐
- 6 cours ☐

Nombre d'années AAMTC :

Modalités de paiement :

- Paie ment 1 : Chq N°
- Paie ment 2 : Chq N°
- Paie ment 3 : Chq N°
- Paie ment 4 : Chq N°

J'accepte que les photos ou films pris pendant les cours soient utilisées pour les documents de communication de l'école : OUI ☐ NON ☐

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Tel :

Lien de parenté :

Je suis conscient des activités que je veux pratiquer et ne tiendrai pas pour responsable AAMTC en cas d'accident pouvant survenir dans le cadre d'un cours.

Je m'engage à fournir un certificat médical spécifiant la pratique de ma discipline. Je tiendrais informer la direction ou le professeur si un changement médical pouvait avoir des conséquences sur mon entraînement.

Inscription annuelle de date à date, pas de cours pendant les vacances scolaires et jours fériés. Horaires de cours susceptibles de modifications sans préavis.

Paie ment de la totalité de l'inscription, possibilité d'échéancier. Aucun remboursement possible.

« Lu et approuvé(e) »

Le , à

Signature :