



CENTRE INTERNATIONAL TAEKWONDO MASTER PARK

Bureau Central : 4, rue Mozart 06400 Cannes
Site : www.masterpark.fr - E-mail : mspark@me.com Tel. 06 09 52 37 62
Siret : 451 720 973 00010 - Affiliation de FFTDA : 060002



Directeur Technique Maître Park Moon Soo 8ème Dan
Diplômé d'état Expert Coréen en France depuis 1986

FICHE D'INSCRIPTION - SAISON 2022 / 2023 CANNES

Mr , Mme , Mlle , Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : H F
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Age : _____ Ans Taille : _____ Cm
Nationalité : _____ Profession : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Mobile : _____
E-mail : _____ @ _____ Loisirs : _____

HORAIRES

CATÉGORIES	MARDI	MERCREDI	JEUDI
Enfants - 6 ANS		11h00 - 11h50 <input type="checkbox"/>	
ENFANTS -12 ANS	17h30 - 18h25 <input type="checkbox"/>		17h00 - 17h50 <input type="checkbox"/>
ADOS -18 ANS	18h45 - 19h45 <input type="checkbox"/>		19h00 - 20h00 <input type="checkbox"/>
ADULTES	20h00 - 21h00 <input type="checkbox"/>		20h00 - 21h00 <input type="checkbox"/>

Les inscriptions peuvent être réglées : **Mandat de Prélèvement SEPA Direct Débit - SDD - Page suivante**
ATTENTION : Les règlements par chèques ne sont pas acceptés. Veuillez bien indiquer le nom et prénom de l'adhérent.

COTISATION 10 MOIS (HORS VACANCES SCOLAIRES)		1 Personne	2 Personnes
NOUVEAU ADHÉRENT	DROIT D'INSCRIPTION + TENUE + ASSURANCE	645 € /Prélèvements 12 Mois 53,80 € <input type="checkbox"/>	1150 € /Prélèvements 12 Mois 95,80 € <input type="checkbox"/>
ANCIEN ADHÉRENT	Droit d'Inscription + Assurance	595 € /Prélèvements 12 Mois 49,80 € <input type="checkbox"/>	995 € /Prélèvements 12 Mois 82,80 € <input type="checkbox"/>
LICENCE FÉDÉRAL 35€ Oui <input type="checkbox"/> , Non <input type="checkbox"/> Signature :		COMPÉTITION (COMBATS, POOMSÆ) : 150 € <input type="checkbox"/> LES ENTRAÎNEMENTS DE COMPÉTITION ONT LIEU LE WEEK-END ET SE DÉROULENT À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR.	

AUTORISATION PARENTALE -18 ANS

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) M et Mme : _____	Je soussigné Docteur : _____
Autorise mon enfant(s) : _____ A Pratiquer le Taekwondo.	Certifie avoir examiné : _____
Fait à _____ le _____	Né(e) le : _____ et n'avoir contacté à ce jour aucun signe clinique contre-indiquant la pratique du Taekwondo.
Signature du Père : _____ Signature de la Mère : _____	Fait à _____ le _____ Cachet et signature du médecin :

Les tarifs d'inscription aux stages et passage de grades ne sont pas inclus dans la cotisation.

POUR INFORMATION : toute personne n'étant pas à jour de ses cotisations ne sera pas autorisée à participer aux cours, compétitions, stages, passage de grade, Nous vous rappelons aucun remboursement ne sera effectué.

À L'ATTENTION DES PARENTS : Les parents sont tenus de s'assurer de la présence d'un enseignant avant de laisser leur enfant. Les élèves ne doivent pas entrer dans la salle d'entraînement sans présence de l'enseignant. Les photos prises dans le cadre des entraînements et stages peuvent être publiées sur le site web et etc... En signant cette fiche, je m'engage à respecter le règlement du Master Park, à entraîner mon esprit par la pratique du Taekwondo.

Fait à _____ Le _____ Signature, Précédée de la mention <<Lu et approuvée>>

AUCUN ENTRAÎNEMENT NE SERA AUTORISÉ SANS CERTIFICAT MÉDICAL



TAEKWONDO MASTER PARK CANNES

BUREAU CENTRAL : 4, RUE MOZART 06400 CANNES
Site : www.masterpark.fr - E-mail : mspark@me.com - Tel. 06 09 52 37 62
Siret : 451 720 973 00010 - Affiliation de FFTDA : 060002

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA DIRECT DÉBIT - SDD

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

 Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

ICS

REFERENCE DU MANDAT

 Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers.

Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions devous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veuillez remplir tous les champs obligatoires *.

Veuillez remplir tous les champs obligatoires *.

IDENTIFICATION DU CLIENT

 En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :

Votre Nom et Prénom

Nom*

Prénom*

Votre adresse

N° et Rue*

Code Postal

Ville

Vos coordonnées

BIC*

Bancaires

Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque

IBAN*.

Votre IBAN est le numéro d'identification internationale de votre compte

Votre signature

Type de paiement

Récurrent Ponctuel

Date*

Ville*

Date de signature de votre mandat

Lieu de signature de votre mandat

*Votre signature validant votre autorisation**

N° d'identification du contrat

Description du contrat

Mention légale

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'accès, de portabilité, d'opposition, rectification et d'effacement prévus par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Le contrat ci-dessus est automatiquement renouvelé. 12 mois est le contrat de base, et si vous souhaitez résilier le contrat après cela, vous devez nous notifier la résiliation du contrat par courrier recommandé un mois avant la date du contrat chaque année.