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

Photo

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 ☐	
ENFANTS -10 ANS	17h00 - 17h50 ☐		17h00 - 17h50 ☐
ENFANTS -14 ANS	18h00 - 19h00 ☐		18h00 - 19h00 ☐
ADOS -18 ANS	19h00 - 20h00 ☐		19h00 - 20h00 ☐
ADULTES	20h00 - 21h00 ☐		20h00 - 21h00 ☐

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 €☐	1150 € /Prélèvements 12 Mois 95,80 €☐
ANCIEN ADHÉRENT	Droit d'Inscription + Assurance	595 € /Prélèvements 12 Mois 49,80 €☐	995 € /Prélèvements 12 Mois 82,80 €☐
LICENCE FÉDÉRAL 35€ Oui ☐, Non ☐ *Signature :*		COMPÉTITION (COMBATS, POOMSAE) : 150 € ☐	

AUTORISATION PARENTALE -18 ANS

Je soussigné(e) M et Mme : _____

Autorise mon enfant(s) : _____
A Pratiquer le Taekwondo.

Fait à _____ le _____

Signature du Père : Signature de la Mère :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur : _____

Certifie avoir examiné : _____

Né(e) le : _____ et n'avoir contacté à ce jour aucun signe clinique contre-indiquant la pratique du Taekwondo.

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du médecin :

Les tarif 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 élève 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 de .....vous 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 Bancaires

BIC*

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.