



ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DU KARATE SHOTOKAN EN CÔTE D'IVOIRE

DEMANDE D'AFFILIATION INDIVIDUELLE SAISON 2024

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

N°:

Nom :

Prénoms :

Genre : Masculin ☐ Féminin ☐

Date de naissance : Age ans

Lieu de naissance :

Nationalité :

Cel :

Email : Profession

Grade actuel :

En cas d'accident, prévenir :

Téléphone / Cel :

PHOTO

FILIACTION DE L'ADHERENT

PERE

Nom et Prénoms :

Contacts : E-Mail.....

Profession

MERE

Nom et Prénoms :

Contacts : E-Mail.....

Profession

INFORMATIONS SUR LE CLUB

Dénomination :

Région: Ville / Commune

Secteur..... Siège

Contacts : E-mail

L'INSTRUCTEUR EN CHEF

Nom et Prénoms :

Grade actuel : Contacts

E-Mail..... Profession :

Autorisation Parentale (resevée seulement aux athlètes mineurs) :

Je soussigné M./ Mme/ Mlle Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ ,
 autorise l'élève sus nommé (e) à participer aux activités de l'ADEKASH Côte d'Ivoire et en assume l'entière
 responsabilité.

Signature du parentCachet et signature du Maître de salle