

Olympic Chabab Belouizdad

المبىك شىباب بلوزداد

O.C.B

Discipline : TAEKWONDO



FICHE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Profession de père :

Téléphone :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné :

Certifie avoir examiné(e) l'athlète :

Et déclare apte à pratiquer le sport (discipline) TAEKWONDO .

AUTORISATION PATERNELLE

Je soussigné :

Père/ mère / Tuteur (Rayer la mention inutile)

Profession :

Autorise mon enfant :

A pratiquer le sport (Discipline) :

Autorise le Corps Médical à traiter mon enfant en cas de maladie ou d'accident et à procéder à une intervention chirurgical que nécessiterait son état .

Alger , le

Signature , tuteur

Olympic Chabab Belouizdad

المبىك شباب بلوزداد

O.C.B

Discipline : JUDO



FICHE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Profession de père :

Téléphone :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné :

Certifie avoir examiné(e) l'athlète :

Et déclare apte à pratiquer le sport (discipline) JUDO .

AUTORISATION PATERNELLE

Je soussigné :

Père/ mère / Tuteur (Rayer la mention inutile)

Profession :

Autorise mon enfant :

A pratiquer le sport (Discipline) :

Autorise le Corps Médical à traiter mon enfant en cas de maladie ou d'accident et à procéder à une intervention chirurgical que nécessiterait son état .

Alger , le

Signature , tuteur

Olympic Chabab Belouizdad

المبىك شباب بلوزداد

O.C.B

Discipline : KARATE DO



FICHE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Profession de père :

Téléphone :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné :

Certifie avoir examiné(e) l'athlète :

Et déclare apte à pratiquer le sport (discipline) KARATE DO .

AUTORISATION PATERNELLE

Je soussigné :

Père/ mère / Tuteur (Rayer la mention inutile)

Profession :

Autorise mon enfant :

A pratiquer le sport (Discipline) :

Autorise le Corps Médical à traiter mon enfant en cas de maladie ou d'accident et à procéder à une intervention chirurgical que nécessiterait son état .

Alger , le

Signature , tuteur

Olympic Chabab Belouizdad

المبىك شاباب بلوزداد

O.C.B

Discipline : LA BOXE



FICHE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Profession de père :

Téléphone :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné :

Certifie avoir examiné(e) l'athlète :

Et déclare apte à pratiquer le sport (discipline) LA BOXE .

AUTORISATION PATERNELLE

Je soussigné :

Père/ mère / Tuteur (Rayer la mention inutile)

Profession :

Autorise mon enfant :

A pratiquer le sport (Discipline) :

Autorise le Corps Médical à traiter mon enfant en cas de maladie ou d'accident et à procéder à une intervention chirurgical que nécessiterait son état .

Alger , le

Signature , tuteur

Olympic Chabab Belouizdad

المبىك شباب بلوزداد

O.C.B

Discipline : KICK BOXING



FICHE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Profession de père :

Téléphone :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné :

Certifie avoir examiné(e) l'athlète :

Et déclare apte à pratiquer le sport (discipline) KICK BOXING .

AUTORISATION PATERNELLE

Je soussigné :

Père/ mère / Tuteur (Rayer la mention inutile)

Profession :

Autorise mon enfant :

A pratiquer le sport (Discipline) :

Autorise le Corps Médical à traiter mon enfant en cas de maladie ou d'accident et à procéder à une intervention chirurgical que nécessiterait son état .

Alger , le

Signature , tuteur