



## SALLE D'ARMES DU CERCLE MILITAIRE

Formulaire d'admission

ESCRIME

GYMNASTIQUE

Droitier (ère)

Gaucher (ère)

Photo

Nom :

Civil Extérieur à la Défense

Prénom :

Relevant de la Défense

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone Fixe :

Portable 1 :

E-Mail 1 :

Portable 2 :

E-Mail 2 :

Profession :

*Sollicite mon admission au sein de la Salle d'Armes du Cercle National des Armées, déclare vouloir bien respecter le règlement intérieur dont j'ai pris connaissance et me soumettre aux décisions du Comité Directeur.*

*Je déclare avoir eu connaissance de la teneur des garanties d'assurance complémentaire « accident » et de la possibilité d'y souscrire.*

*J'autorise le Cercle Militaire à publier sur son site, à usage privé, des photos me concernant dans le cadre des activités de la salle d'armes.*

Paris, le

Signature

### AUTORISATION DES PARENTS

*(pour les membres mineurs)*

*Je soussigné, père, mère ou tuteur de l'enfant, autorise celui-ci à participer aux activités de la Salle d'Armes du Cercle Militaire. J'autorise en cas d'urgence en mon absence, toute décision nécessaire pour soins médicaux ou actes chirurgicaux à pratiquer sur mon enfant. J'autorise le Cercle Militaire à publier sur son site, à usage privé, des photos de mon enfant ou de moi-même dans le cadre des activités de la salle d'armes.*

Paris, le

Signature

### PERSONNES SUSCEPTIBLES d'ACCOMPAGNER L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Filiation :

Nom :

Prénom :

Filiation :

Nom :

Prénom :

Filiation :

Saison	Carte n°						
2017-2018		2020-2021		2023-2024		2026-2027	
2018-2019		2021-2022		2024-2025		2027-2028	
2019-2020		2022-2023		2025-2026		2028-2029	

**Date de validité du Certificat Médical (validité 3 ans)**

--	--	--	--