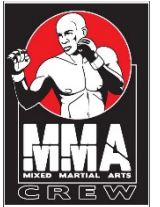




Fiche d'inscription MMA CREW D'Arras

Saison 2025/2026



INFO CLUB



06 80 85 00 37



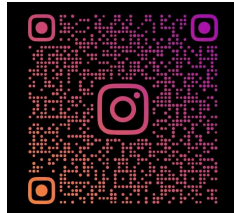
mma.crew@yahoo.fr



TEAM MMA CREW



<https://teammacrew.com>



Boutique MMA CREW

HORAIRES ET LIEUX D'ENTRAINEMENTS

Dojo collège Verlaine st Nicolas Dojo Grimaldi Rue Émile zola Arras
Lundi/Mardi 19h00 - 21h00 Vendredi 19h00 - 21h00

INFORMATIONS PRATIQUES

COTISATION CLUB :

- Adhésion jeunesse de 14 à 17 ans 150 €
- 18 (dans la saison) et + en loisir 200 €
- Compétiteur 250 € licence FFKMDA & FMMAF
- **Aucun remboursement de l'adhésion n'est possible**

A régler dès l'inscription en 3 chèques maximum (l'encaissement des chèques se fera tous les 10 de chaque mois, règlement à l'ordre du « TEAM MMA CREW »)

Suite à vos deux essais le dossier devra être remis dans son intégralité avant la reprise au club, ce qui comprend la présente fiche d'inscription, le paiement, la copie de la carte nationale d'identité recto verso.

MATERIELS NECESSAIRES POUR LES ENTRAINEMENTS : Port à tous les cours d'un Short et rashguard MMA obligatoire

Protège dents, coquille, bandage poignets.

Mitaines MMA avec ogive rembourrée (disponible à la salle), gants de boxe taille 14 à 16OZ pour les compétiteurs, Protections tibias pieds (aux couleurs du MMACREW disponible à la salle)

HYGIENE : Par respect pour vos partenaires une bonne hygiène est obligatoire, nous nous réservons donc le droit de vous demander de quitter le cours si : vos ongles ne sont pas taillés, vos équipements sont sales et malodorants, mauvaise propreté corporelle, vous êtes porteur d'une maladie cutanée transmissible (gale, zona, herpès, verrue, mycose, staphylocoque ect) **Signature :**

IDENTITE

Merci d'écrire lisiblement toute demande illisible ou incomplète ne pourra être validée.

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à :

Nationalité : Sexe : M / F

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone Fixe : Mobile :

E-mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....représentant légal, autorise
.....à prendre une licence au sein du MMACREW.

En cas d'accident, j'autorise aux dirigeants à permettre toute décision d'ordre médical en mes lieux et place, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

J'autorise également que des photos ou vidéos soient prises et publiées sur les réseaux sociaux de l'association, sans limitation de durée.

Ci-dessous mes coordonnées afin de me joindre

Signature :

Portable Mère :

Portable Père :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné,docteur en médecine, certifie que le patient, identifié ci-dessous, ne représente aucune contre-indication médicale à la pratique des arts-martiaux en particulier le pancrace, le grappling et le MMA en loisirs.

Signature et cachet :

Date de l'examen :/...../.....

Patient (Nom et Prénom).....