



ASSOCIATION S.P.A.D. SELF-DÉFENSE

FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025 RENOUVELLEMENT

(à remplir en lettres capitales par l'apprenant)

1.- NOM :

2.- PRÉNOM :

3.- DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

4.- NATIONALITÉ :

6.- PROFESSION :

7.- ADRESSE :

8.- TÉLÉPHONE :

Je rejoins WhatsApp SPAD : OUI NON

(rayer la mention inutile)

9.- eMAIL :

10.- N° SÉCURITÉ SOCIALE :

Je soussigné _____, accepte d'adhérer à l'association S.P.A.D. SELF-DÉFENSE et m'engage à respecter le règlement intérieur dont j'ai pris connaissance.

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS

Je soussigné _____, en tant que civilement responsable, autorise le(a) mineur(e) _____ à pratiquer la self-défense à l'école S.P.A.D. SELF-DÉFENSE et à adhérer à l'association.

Signature

Assurance complémentaire facultative : J'ai bien pris acte que l'association est assurée pour ses activités. Je prends également acte que je peux souscrire une assurance complémentaire de mon choix. Je souscrirai une assurance complémentaire personnelle : OUI NON
(rayer la mention inutile)

OPTION 1 : RESSOURCES DOCUMENTAIRES (+ 20 EUROS) OUI NON
(rayer la mention inutile)

OPTION 2 : PASSERELLE SELF-DÉFENSE (+ 20 EUROS) OUI NON
(rayer la mention inutile)

A _____

, le _____

Signature

FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Un certificat médical pour la pratique de la Self-Défense

QUESTIONNAIRE

UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION

1.- QUEL EST VOTRE PRINCIPAL OBJECTIF AVEC LA SELF-DÉFENSE ?

- Pratiquer une activité sportive
- Apprendre à combattre
- Rencontrer d'autres personnes
- Apprendre à se comporter face au danger
- Autre (précisez) :

2.- DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS CHEZ SPAD SELF-DÉFENSE ?

- 1 AN
- 2 ANS
- 3 ANS
- 4 ANS
- 5 ANS

3.- QU'EST-CE QUI VOUS A DÉCIDÉ A RESTER AVEC NOUS ?

- La proximité des locaux
- La qualité des installations et du matériel
- Le programme de l'enseignement
- Les jours et heures de cours
- La qualité de la pédagogie
- L'ambiance
- Autre (précisez) :