|  |  |
| --- | --- |
| Club |  |
| Nom | Prénom | Age | Catégorie | Individuel | Equipe | Hébergement\* | Repas (dimanche midi) 6€ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Catégories :  |  |
| 1-Samourai  |  |
| 2-Benjamin |  |
| 3-Minimes |  |
| 4-Cadets |  |
| 5-Juniors |  |
| 6-Feminine (espoirs incluses) |  |
| 7-Seniors kyu |  |
| 8-Honneurs |  |
| 9-Excellences |  |
| 10-Excellences vétéran (+40ans) |  |

Catégories acceptées pour les équipes : 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10

\*Pour les personnes qui sont dans plusieurs catégories, indiquez les 2 numéros dans la colonne « catégorie »

\*Pour les ados qui participent en équipe et le lendemain en individuels un hébergement peut être proposé dans les familles de nos kenshis cantepiens si vous le demandez répondre oui dans la case hébergement.

**Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs**

**Inscription à retourner impérativement avant le 22/04/17**

Transmettre les inscriptions à Jérémy Pierre par mail : jeremy.pierre35@gmail.com

Pour plus d’information rendez-vous sur notre site : <http://www.kendo-chantepie.com/>

Ou sur la page Facebook : <https://www.facebook.com/events/1223154731053593/>

Autorisation parentale

**INTITULE DE LA MANIFESTATION**

Open de bretagne..........................................................................

DATE ..............29-30 Avril 2017....................................................................................

**LIEU** ..............Chantepie........................................................................................

Je soussigné(e) Madame – Monsieur ..........................................................................................................................

**autorise** mon fils / ma fille Nom/Prénom ......................................................................................................................

né(e) le ................................................................ à ............................................................................................................

**à participer au ........................................................................................................................................**

décharge la FFJDA/ CNKDR de toute responsabilité sur mon fils / ma fille

Nom/Prénom ........................................................................................................................................................................

en dehors des heures notifiées sur la convocation.

**En cas d’urgence, j'autorise l'organisateur à prendre les décisions nécessaires dans la mesure où un recours hospitalier ou clinique s’avèrerait utile.**

Numéro de sécurité sociale de l'élève .....................................................................................................................

Mutuelle .......................................................... numéro d’adhérent .......................................................................................

Groupe sanguin du mineur ............................

Coordonnées du responsable légal pendant le séjour ......................................................................................................

Précisions médicales (traitement en cours, allergies …) ...................................................................................................

**J’autorise mon fils / ma fille à quitter l’hôpital, la clinique ou le Centre de soins avec le responsable du stage.**

« Lu et approuvé»

SIGNATURE des parents « OBLIGATOIRE »

Fait à ............................................................................. le ...................................................................................................

« Lu et approuvé»

SIGNATURE du (des) tuteurs légal (légaux) « OBLIGATOIRE »