



ACDKFT

Salle de l'école de Théâtres « 1^{er}ACTE »
18 rue Jules Valles, VILLEURBANNE RDC au fond de l'allée,
Asso Culturelle de Kung FU traditionnelle
0616516278 – Kungfuvilleurbanne@gmail.com
Association loi 1901

PHOTO
Pour 1ère
inscription à
ACDKFT

PRE-INSCRIPTION SAISON 2025-2026

| | | | |
|---|-----|-------------------------|------------------------------|
| Date d'inscription : | | Grade : | |
| Nom : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | | Profession : | |
| Adresse : | | | |
| Code postal : | | Ville : | |
| Téléphone portable : | | Email : | |
| Un certificat médical spécifique à la pratique du Kung fu est obligatoire valable 3 ans | | | |
| Certificat médical : | Oui | précédent encore valide | Droit à l'image : Oui non |

Prendre connaissance du règlement intérieur. Aucun remboursement de cotisation ne peut être accordé. L'association décline toute responsabilité en cas de vol. Aucune inscription ne sera prise en compte sans acquittement complet de la cotisation.

| TARIFS | NORMAL | PRE INSCRIPTION avant le 28 juin 2025 |
|--------------------------|--------|---|
| Ado / -18ans | 290 € | 270 € 1 ^{er} encaissement 15/07/25 |
| Etudiants - justificatif | 350 € | 320 € 1 ^{er} encaissement 15/07/25 |
| Adultes | 390 € | 350 € 1 ^{er} encaissement 15/07/25 |

Equipement personnel préconisé : tapis gym, t-shirt école, pantalon noir.
SANDA : gants de boxe std, casque, protections. SABRE souple ou bois

Pièces obligatoires à fournir à l'inscription

- Certificat médical
- Autorisation parentale pour les -18 ans
- Attestation assurance extrascolaire – 18 ans
- Justificatif si étudiant

**Mode de règlement, Chèque bancaire à l'ordre de l'ACDKFT daté du jour de l'inscription,
Règlement par virement 2 fois uniquement juillet et septembre ACDKFT FR76 1780 6009 6304 1521 5512 966**

| Dates d'encaissements | | COTISATION : | € |
|-----------------------|-------------|--------------|---|
| 15/07/2025 | N° Chèque : | Montant : | € |
| 15/09/2025 | N° Chèque : | Montant : | € |
| 15/10/2025 | N° Chèque : | Montant : | € |

| | | |
|--------------------|--|---------------------------------|
| Villeurbanne, le : | Nom & Prénom du signataire (parents pour -18ans) | Signature (parents pour -18ans) |
| | | |