

# 蔵道場 Kura Dojo

SECTION	
---------	--

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	
ADRESSE	
Tél. PORTABLE	
Tél. FIXE	
e.mail	

Signature d'un des parents (pour les enfants mineurs).

CERTIFICAT MEDICAL remis :  date de remise :

*Certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur de KURADOJO.*

*Signature de l'adhérent.*