

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 :

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

signature de l'adhérent.