



ASSOCIATION MONEGASQUE DE MIXED MARTIAL ART, GRAPPLING,
JIU JITSU BRESILIEN et LUTA LIVRE

DEMARCHES A ACCOMPLIR ET
PIECES A FOURNIR AUX FINS D'INSCRIPTION

- ↳ Fiche de renseignements dûment complétée et signée
- ↳ Prise de rendez-vous au Centre Médico-Sportif (92.05.41.10 – Stade Louis II)
pour obtenir **le certificat médical**
- ↳ Le montant de la cotisation est annuel et devra être donné lors de votre
inscription au professeur.

Pour les règlements par chèque, l'ordre est :

A.M.M.M.A, Grappling

Le dossier, constitué de l'ensemble des pièces suscitées et de la cotisation,
devra être présenté au professeur sous 15 jours suivant le 1^{er} cours.

Sans dossier, l'accès au dojo ne sera pas autorisé.

FICHE D'INSCRIPTION – 2024/2025

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

AGE : _____

NATIONALITE : _____

TELEPHONE : _____

ASSURANCE & MUTUELLE : _____

DISCIPLINES : *merci de cocher la case correspondante à la/les discipline(s) choisie(s) et préciser pour la FULL les disciplines choisies*

ADULTES	CHOIX	TARIFS	COURS	ADOS	CHOIX	TARIFS
Jeudi 12h30		250 €	MMA	Mercredi 14h30		250 €
2 cours		400 €		MMA + Muay Thai Ados		400 €
3 cours		450 €	MUAY THAI	Mardi 18h & Samedi 11h00		350 €
Full (4 cours)		500 €		Muay Thai Kids mercredi 16h00		250 €
Lundi 18h00 & Samedi 9h00		400 €	MUAY THIA GIRLS			
Mardi 12h30 / Mercredi 18h00 / Jeudi 18h00 / Vendredi 12h30		450	BJJ No-GI / W4G	Mercredi 18h00 & jeudi 18h00		350 €
Lundi 12h30		250 €	CROSS GAME			
Lundi 12h30 – Mardi & Jeudi 6h30		450 €				
Lundi 19h30 / Mercredi 19h30 / Vendredi 19h30		450 €	BJJ GI			
Tous les cours toutes disciplines		650 €	FULL OPTION	Tous les cours toutes disciplines Ado		500 €

JE RECONNAIS AVOIR LU ET ACCEPTE LE REGLEMENT GENERAL DE L'ASSOCIATION.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), _____, autorise mon enfant _____ à pratiquer les différentes disciplines qui sont enseignées au sein de l' Association Monégasque de MMA, Grappling, JJB et LL. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de ladite association. Je reconnais également, les risques liés à ces disciplines et ne pourrais en aucun cas me retourner contre l'association.

J'autorise également les déplacements en dehors de la Principauté, accompagnés par ses entraîneurs, dans le cadre de compétitions et la prise et publication de photos sur les réseaux de l'association.

SIGNATURE DE L'ELEVE :

(Ou parents pour les mineurs)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom & Prénom : _____ Téléphone : _____

Partie réservée au Bureau

Règlement : Chèque

Date : _____

Espèces

Dossier récupéré par : _____

NOTE POUR LE BUREAU



Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom: _____

Prénom: _____

Téléphone: _____

QUESTIONNAIRE MEDICAL – Saison 2024 / 2025

Ce questionnaire est conservé au Club afin d'être transmis au personnel médical intervenant en cas d'incident.

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____

		OUI	NON
1	Avez-vous déjà subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?		
2	Avez-vous déjà été hospitalisé pour un traumatisme crânien ?		
3	Avez-vous déjà été hospitalisé pour épilepsie ?		
4	Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation ?		
5	Prenez-vous actuellement des médicaments ? Précisez :		
6	Etes-vous actuellement suivi par un médecin spécialiste ?		
7	Avez-vous présenté des problèmes psychiatriques ?		
8	Présentez-vous des troubles visuels ?		
9	Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?		
10	Etes-vous un consommateur de tabac ?		
11	Présentez-vous des problèmes d'allergie ? Si oui lequel _____		
12	Etes-vous diabétique ?		
13	Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres problèmes médicaux ? Précisez : _____		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature : *(pour les mineurs signature d'un des parents)*