



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 – 2025/2026

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
			MMA	1 cours		250 €
3 cours		450 €		3 cours		400 €
Full (4 cours)		500 €	MUAY THAI			
4 cours		500 €	BJJ No-GI	4 cours		400 €
2 cours		350 €	WRESTLING 4 Grappling	2 cours		250 €
1 cours		250 €				
4 cours		450 €	CROSS GAME			
4 cours		500 €	BJJ GI	4 cours		400 €
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 les déplacements en dehors de la Principauté, accompagnés par ses entraîneurs, dans le cadre de compétitions.

☐ J'autorise la prise et publication de photos/vidéos 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 2025 / 2026

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)*