



MAUREPAS JUDO 78

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT (à remplir en lettres majuscules)

NOM : _____ PRENOM : _____ Sexe : _____

Date de naissance :/...../..... Couleur ceinture : -----

Couleur ceinture : -----

Sexe : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville :

Port 1:

Port 2:

Partie à remplir pour les mineurs :

Nom et prénom des parents ou du tuteur légal :

.....

Profession des parents (facultatif) : _____

Nom du médecin traitant : Tel :

Si votre enfant a un problème particulier de santé que vous jugez utile de porter à notre connaissance, veuillez nous le signaler :

Personnes à prévenir en cas d'accident (pendant les cours)

Nom : Prénom : Tel : Port :

Nom : Prénom : Tel : Port :

Je soussigné(e) autorise les responsables du Judo, en cas d'accident, à faire transporter par les services compétents, et à faire soigner mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus adapté.

Autorise l'association « Maurepas judo 78 » à photographier mon enfant ou moi-même dans le cadre des différents événements que l'association organise et participe (photo de groupe, photo podium compétition ,stage). J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association et sur les réseaux sociaux de la commune .

Signature

Certificat médical ou Questionnaire Santé

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du club

J'ai pris connaissance du règlement de la licence assurance

Signature « Lu et approuvé » le,