



Fiche de renseignements

Saison : 201__ - 201__

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____ Sexe : _____

Adresse Complète : _____

Code postal : _____ VILLE : _____

@ mail 1 : _____
(le plus lisiblement possible)

Tél port 1: _____ Tél port 2: _____

Grade actuel : _____ Date d'obtention : _____ Poids : _____

Responsable de l'Enfant (pour les mineurs) : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence et N° Tel : _____

Médecin traitant _____ TEL _____

Je soussigné(e) _____ m'engage à fournir sous quinze jours

Un certificat Médical avec la mention «Apte à la pratique du Judo y compris en Compétition»

NB: à compter du 15 Octobre, seuls les Judokas à jour de leur certificat médical seront admis aux cours de Judo.

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la section Judo, à faire donner tous les soins nécessaires à mon enfant.

J'autorise - Je n'autorise pas la diffusion d'images me représentant ou représentant mon enfant. (rayer la phrase inutile)

Fait à Drap, le _____

Signature du responsable de l'enfant

L'Adulte pratiquant le Judo

Attention ! Les adultes salariés pratiquant le Judo, peuvent souscrire une assurance complémentaire pour couvrir la perte éventuelle de salaire en cas d'accident (voir le club)