



FICHE INSCRIPTION



TEL: Ludo : 06 45 02 42 96
Jessie : 06 95 25 90 40

edgjudo@gmail.com



PHOTO

NOM : PRENOM :

NE LE :/...../..... SEXE : M F

Email (très important svp !) :
(Merci d'écrire de la façon la plus lisible possible svp)

Adresse :

CP : Ville : Tel 1 :

Tel 2 :

- Règlement intérieur du club avisé **OUI** **NON**
(Consultable sur le site internet du club)
- Droit à l'image **OUI** **NON**
(Seulement pour des fins associatives, photos de groupes)
- Utilisation des données (protection de vos données) **OUI** **NON**
(Cela signifie simplement que le club enregistre vos coordonnées)

Cadre réservé au club Licence / MDS Adhésion CLUB €

Section : Cotisation PROF €

1 cours 2 cours &+

Aimargues Calvisson Saint Côme

Pass-Sanitaire +12 ans validé

J'ai pris connaissance des conditions d'assurances et souscris à :
(Ne cocher que la case de l'assurance qui vous concerne)

- La Licence FFJDA (judo/ jujitsu)** / **La MDS (préparation physique)**
(www.ffjudo.com/assurance) (www.mutuelle-des-sportifs.com)

Les questionnaires santé :

- **PRISE DE LICENCE MINEURS** ATTESTATION QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]....., en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]....., atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques
- **PRISE DE LICENCE MAJEURS** ATTESTATION QS sport Je soussigné M/Mme [Prénom nom]....., atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Les questionnaires santé sont à consulter attentivement sur notre site.

www.judo-club-calvisson.com / www.judo-club-aimargues.com / www.judo-club-saint-come.com

Autorisation parentale :

Je soussigné(e)
(Nom et Prénom du représentant légal)

Autorise mon enfant
(Nom et Prénom de l'enfant)

A participer aux animations organisées par le club et à utiliser les moyens de transport mis en place.

En cas d'accident, j'autorise les responsables à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

Le :

Signature :