

JUDO
EVEIL
TAISO

JUDO CLUB IFS

PRET KIMONO
RESTITUTION KIMONO

Inscription 2022-2023

NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE : N°..... RUE
C.Postal..... VILLE

| Responsable | PERE - TUTEUR LEGAL - Parent 1 | MERE - TUTRICE LEGALE – Parent 2 |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| NOM | | |
| PRENOM | | |
| ADRESSE (si différente) | | |



A compléter par le JUDOKA pour les majeurs et par les PARENTS ou les TUTEURS pour les mineurs :

| | | |
|---------------------------|---|---|
| No TELEPHONE | | |
| E-MAIL (En majuscules) | @ | @ |

DROIT d'IMAGE : Sauf avis contraire joint, j'autorise le JUDO CLUB IFS TAISO à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies réalisées dans le cadre des activités des Clubs.

AUTORISATION D'OPERER POUR LES MINEURS :

Je soussigné (e) : Père*, Mère*, Tuteur légal*, Autorise les Médecins à pratiquer tout acte médical, chirurgical, anesthésique concernant l'enfant désigné dans cette fiche.

Le :

Signature :

Réservé club

| Montant cotisation : € | 1 ^{er} versement 75€ (Dont licence 41€) | 2 ^{ème} versement | 3 ^{ème} versement |
|---|--|--|--|
| CHEQUE | Montant : Nom : Encaissement :/...../2022 | Montant : Nom : Encaissement :/...../2022 | Montant : Nom : Encaissement :/...../2022 |
| ESPECES | Montant : | Montant : | Montant : |
| BON (Coupon sport, chèque ANCV, carte atout) | Montant : Type : | Montant : Type : | Montant : Type : |

PASSEPORT

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ OBLIGATOIRE
OU CERTIFICAT MEDICAL SI COMPÉTITEUR

OBSERVATIONS :

.....
.....
.....



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.

Date et signature du représentant légal.

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.*

Date et signature du sportif.