



NOM : PRENOM :

NE (E) LE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : E-MAIL :

DISCIPLINE (S) : GRADE :

**MONTANT TOTAL** versé (LICENCE de ..... € COMPRISE) :

Mode de règlement effectué :

Nom de l'émetteur du chèque si différent de celui du licencié :

CERTIFICAT MEDICAL : OUI  NON

Personne(s) à contacter en cas de besoin : Tel :

**ANTECEDENTS ALLERGIQUES ou TRAUMATIQUES :**

**TRAITEMENTS AUTORISES :**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

En tant que représentant légal, avoir pris connaissance du règlement intérieur du Judo Club de La Baule

En cas de nécessité, j'autorise le club à faire hospitaliser mon enfant ou moi-même au :

-----  
Pour être en règle avec la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée concernant **le droit à l'image**, j'autorise le Judo Club de La Baule l'utilisation d'images de mon enfant ou de moi-même prises dans le cadre des activités du club. OUI  NON

Compte tenu de l'éloignement du Dojo et de l'entrée principale du complexe sportif, la responsabilité des parents est engagée jusqu'à la prise en charge des enfants par le professeur.

Fait le :

Signature :