



NOM : PRENOM :

NE (E) LE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : E-MAIL :

Disciplines pratiquée (s) : Grade Judo :

MONTANT TOTAL versé (Licence comprise de 46€) :

Mode de règlement effectué :

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

Cerificat médical OUI ☐

NON ☐

Questionnaire de Santé ☐

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 JC 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 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 :