A.S. LOUVECIENNES JUDO 78

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (à remplir en lettres majuscules)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ Sexe : _____

Date de naissance : ……../……/…….

Adresse : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Tel : _____

Port : _____

@ : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature de l'adhérent ou des parents (enfant mineur) : :

Partie à remplir pour les mineurs :

Nom et prénom des parents ou du tuteur légal : _____

: _____

Profession des parents (facultatif) : _____ _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

Si votre enfant a un problème particulier de santé que vous jugez utile de porter à notre connaissance, veuillez nous le signaler : …….

***Personnes à prévenir en cas d'accident** (pendant les cours)*

Nom :…… Prénom : …… Tel : ---------- Port : ----------

Nom :…… Prénom : …… Tel : ---------- Port : ----------

Je soussigné(e) …….. autorise les responsables du Judo, en cas d'accident, à faire transporter par les services compétents, et à faire soigner mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus adapté.

Date et signature :

J'autorise l'image de mon enfant …… à apparaître sur

□ Les affiches du club **□ Le blog du club (internet)**

(Cocher la/les case(s) souhaitée(s))

☐ **Certificat médical** OU ☐ **Questionnaire médical**

☐ **J'ai pris connaissance du règlement intérieur du club**

☐ **J'ai pris connaissance du règlement de la licence assurance**

Signature **« Lu et approuvé »**