


ENFANT

Nom Prénom :

Date & lieu de naissance :

E-MAIL :@.....

☎

Adresse :

.....

CERTIFICAT MEDICAL ☐
Attestation QS Sport ☐
PARENT OU RESPONSABLE

 Je soussigné(e) père, mère, tuteur, représentant légal (1)
 de (nom, prénom de l'enfant) autorise :

- mon enfant à pratiquer le judo,
- les responsables du club à faire pratiquer tout soin médical urgent ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté
- l'exploitation de l'image de mon enfant sur tous supports de communication : site internet du club, page Facebook, articles de presse, etc . .

Je sais que, selon la législation, la cotisation n'est remboursable qu'en cas de force majeure et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club que je m'engage à respecter.

 (1) *Rayer les mentions inutiles*
Date :

Signature précédée de « Lu et approuvé »
INSCRIPTION ANNUELLE
Licence
Cotisation
Total

Inscription annuelle

46 €

170 €

216 €
CHEQUE
Titulaire
Dernier chèque encaissé au plus tard en Décembre

1/ €	2/ €	3/ €	4/ €
le	le	le	le

ESPECES

1/ €	2/ €	3/ €	4/ €
Reçu n° le	Reçu n° le	Reçu n° le	Reçu n° le

CHEQUES VACANCES
Titulaire

Nb x € =

Nb x € =

Total

€

posté le virnt ANCV

Licence
Bordereau N°
le
reçue le