

# JUDO CLUB ROGNONNAIS

Adresse, téléphone et mail sont indispensables



## NOM et PRENOM DES PARENTS :

Père : .....

Mère : .....

Tel : .....

Tel : .....

Mail : .....

Mail : .....

Profession mère (facultatif) : .....

Profession père (facultatif) : .....

Adresse complète (indispensable) : .....

Adresse E MAIL pour recevoir les info (indispensable) : .....

Tél pour recevoir les info par SMS (indispensable) : .....

Déclare autoriser mon fils, ma fille à assister aux cours de judo de la saison sportive 201.....-201..... :

## NOM et PRENOM DU JUDOKA :

Nom : .....

Prénom : .....

Ceinture : .....

Date de naissance : .....

Les compétiteurs (à partir de 10 ans) qui souhaitent s'entraîner 3 fois/semaine ou plus, peuvent venir s'entraîner librement autant de fois qu'ils le souhaitent sur tous les clubs de L'ALLIANCE JUDO PROVENCE.

Voir avec prof. pour les horaires

Je soussigné Monsieur ou Madame.....autorise les responsables du club sportif auquel adhère mon enfant à prendre en cas d'accident sérieux dans la pratique du sport, toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en mes lieu et place, s'il est impossible de me joindre en temps voulu.

De plus j'autorise le Judo Club à réaliser des photographies de mon enfant tant au sein même du club que lors de compétitions ou animations et à les utiliser sur son site internet <http://pagesperso-orange.fr/u.j.o/>  
Celles-ci pourront également paraître dans la presse locale.  (Mettre NON si pas d'accord)

Personnes à prévenir en cas d'urgence avec n° tél. ....

Fait à .....le.....

Signature des parents :

**IMPORTANT : REMPLIR LE QUESTIONNAIRE  
SANTE OU FOURNIR UN CERTIF MEDICAL**

**RAPPEL : Le certificat médical est obligatoire. Pour les enfants désirant pratiquer la compétition, la mention NE PRESENTE PAS DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU JUDO EN COMPETITION est indispensable sur le passeport sportif.**