



SAISON 20 - 20
FICHE D'INSCRIPTION JUDO CLUB AMBERT



Nom du Judoka: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ sexe: F M

Adresse: _____

Nom du représentant légal: _____

Adresse: _____

tél: _____ Mail: _____

1ère inscription Renouvellement Couleur de ceinture _____

certificat médical Questionnaire médical

Utilisation du Pass Sport CAF, notez le code correspondant :

Nous sommes informés qu'un règlement du dojo est affiché à l'entrée de celui-ci, et nous nous engageons à le respecter.

Droit à l'image: Nous autorisons le club à prendre et diffuser les images, vidéos ou sons de mon enfant dans le cadre de l'activité sportive sur les sites internet, journaux et publications choisies par le club.

Je déclare sur l'honneur que les informations ci-dessus sont exactes, notamment que je n'ai aucune réponse OUI si j'utilise le questionnaire médical.

Fait à _____, le _____

Bon pour accord, Signature du responsable légal:

Cadre réservé association :

Eveil Judo	2020-2019	100 €		1 cours/semaine	lundi		mercredi		jeudi	
Mini-Poussin	2018 - 2017									
Poussin	2016- 2015	150 €		2 cours/semaine						
Benjamin	2014- 2013									
Minime	2012- 2011									
Cadet	2010- 2009 - 2008									
Junior	2007- 2006 - 2005									
Senior et +	2004 et +									

Adhésion: + 10 €

Licence FFJDA: + 41 €

Réduction fratrie 10%

TOTAL:

Chèques	
septembre	<input type="text"/>
octobre	<input type="text"/>
novembre	<input type="text"/>

chèques vacances	coupon sport	espèces	Pass Sport	bons Mairie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**PRISE DE LICENCE
MINEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM],
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR
(arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal.