



Dossier d'inscription Judo Club Envermeu Londinières

2024 / 2025



FICHE DE RENSEIGNEMENT

| | |
|---|---------------------|
| NOM _____ | Prénom _____ |
| Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ | |
| Parcours du judoka : | |
| <input type="checkbox"/> débutant <input type="checkbox"/> pratiquant grade (couleur de ceinture actuelle) : _____ | |
| Le judoka est en possession d'un passeport sportif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| RESPONSABLE LEGAL | |
| <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ | |
| Coordonnées du responsable légal : | |
| NOM Prénom : _____ | |
| Adresse : _____ | |
| Code postal : _____ Commune : _____ ☎ : _____ | |
| Le club s'efforce de communiquer dans les meilleurs délais toutes informations utiles et importantes (changement d'horaires, compétitions, événements ...). Pour ce faire, merci d'indiquer ci-dessous 1 ou 2 adresses E-mail que nous pouvons utiliser dans ce but. | |
| E-mail 1 : _____ <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ | |
| E-mail 2 : _____ <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ | |

| |
|--|
| DROIT A L'IMAGE (Cochez votre choix ET rayez la mention inutile) |
| <input type="checkbox"/> J'autorise par la présente |
| <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas |
| à utiliser l'image de _____ (NOM Prénom de l'enfant) sur support photographique, vidéo et informatique, à l'usage de la promotion des activités de l'association nommée ci-dessus. |

| |
|--|
| AUTORISATION DE SOIN |
| Je soussigné (e) (nom et prénom) _____ |
| Agissant en qualité de : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur (nom et prénom de l'enfant) _____ |
| J'autorise l'association J.C.Envermeu Londinières à faire appel à tous les services médicaux nécessaires en cas d'urgence. J'autorise les autorités médicales à prendre les mesures d'urgence que l'état de santé de mon enfant nécessiterait. Dans tous les cas, je serai averti par les responsables ou le professeur. |
| Observations (allergie, traitement) _____ |

| | |
|---------------------------------|---------------------------|
| NUMEROS EN CAS D'URGENCE | |
| NOM Prénom : _____ | NOM Prénom : _____ |
| Lien : _____ | Lien : _____ |
| Tel portable : _____ | Tel portable : _____ |

| | |
|--|-----------------------------|
| PASS' JEUNE 76 | PASS' SPORT 50 euros |
| <input type="radio"/> 60 € <input type="radio"/> 40 € | Code unique: _____ |
| Veuillez bien annexer la photocopie de votre attestation ARS | |