



# ECOLE DE JUDO FIGEACOISE Dojo Michel BATEDOU

Fiche d'inscription 20 - 20 1<sup>er</sup> ETAGE - Ancien CES

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE de naissance : \_\_\_\_\_ , LIEU de naissance : \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM du représentant légal : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe n°1 : \_\_\_\_\_ Téléphone portable n°1 : \_\_\_\_\_

Adresse mail n°1 : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe n°2 : \_\_\_\_\_ Téléphone portable n°2 : \_\_\_\_\_

Adresse mail n°2: \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....  
(Nom et prénom du représentant légal)

➤ autorise mon fils ou ma fille .....

- à pratiquer le judo en salle et en compétition sous la responsabilité de l'Ecole de Judo Figeacoise.
- autorise les membres du bureau et la presse à faire des photos et à les diffuser dans la presse locale ou sur le site internet du club.
- autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

*(En cas de refus rayer la mention)* A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

- reconnais avoir été informé(e) que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera qu'à partir du lieu d'entraînement (dojo Michel BATEDOU) ou du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation pour tout déplacement prévu dans le cadre du club.
- certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an (nouveau licencié) ou moins de 3 ans avec attestation « QS-Sport » renseignée et signée après avoir répondu au questionnaire de santé « QS-Sport » cerfa n° 15699\*01 (pour les autres).
- **L'Ecole de Judo Figeacoise agit pour la Lutte contre les Violences Sexuelles en Milieu Sportif et toutes autres violences.**
- **Le judoka et / ou son représentant certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur**

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## PARTIE RESERVEE AU BUREAU

REGLEMENTS: Date du Certificat Médical: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Passeport: Oui / Non

espèces	Pass' sport	chèque	Aide Prat. Sport	A.N.C.V	Total

Location kimono Oui / non

10 euros