

# Bulletin d'adhésion

saison

2023-2024

## Information Licencié

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
date de naissance \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_  
adresse \_\_\_\_\_  
code postal \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_  
adresse mail \_\_\_\_\_ couleur de ceinture \_\_\_\_\_  
N° Téléphone \_\_\_\_\_

## Information parents

**le père:**  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
N° téléphone \_\_\_\_\_  
adresse mail \_\_\_\_\_  
**la mère**  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
N° téléphone \_\_\_\_\_  
adresse mail \_\_\_\_\_

Ces tarifs s'entendent:

## Licence, Cotisation Fédérale, Assurance et Cotisations

COURS DE JUDO: \_\_\_\_\_  
**licence:** \_\_\_\_\_  
As-tu été licencié dans un autre club? Si oui lequel:  
**cotisation:** \_\_\_\_\_  
Mode de règlement  
 chèque  espèce  coupon sport  CCAS  autres  
**Total**



## Autorisation parentale

Je soussigné M ou Mme \_\_\_\_\_ tuteur  
responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ mère  
 père   
 Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du Judo Club Trélazéen  
 atteste avoir pris connaissance du règlement de la FFIDA pour la prise de Licence  
 L'autorise à pratiquer le judo ou ju-jitsu /self défense au Judo Club Trélazéen  
 que mon enfant puisse être pris en photo pour des documents d'information (y compris internet)

## Médical

Autorise les responsables de la structure à prendre, en cas d'urgence, toutes dispositions concernant l'hospitalisation en CHU ou Clinique

### Voire enfant suit-il un traitement ?

(joindre obligatoirement un certificat médical en cas de traitement pendant les activités)

### Précisez les allergies éventuelles

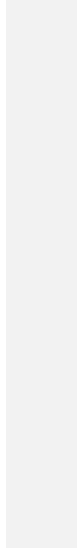
Certificat Médicale  oui  non

Type : CM/QS

**Majeurs** : plus de certificat exigé, que ce soit pour la première licence, le renouvellement ou la pratique en compétition. A la place, chaque année, la famille fournit le questionnaire de santé (voir en annexe) validé par les responsables légaux.

**Majeurs** : un certificat de non contre-indication à la première licence (spécifiant une pratique loisir ou compétition), puis tous les trois ans. Entre les deux, un questionnaire de santé annuel.

date et signature



## Talon de règlement réservé à la trésorerie:

Nom / Prénom \_\_\_\_\_ Cours \_\_\_\_\_  
montant Cotisation: \_\_\_\_\_  
mode de règlement: \_\_\_\_\_