



SAISON 2019 - 2020

BULLETIN INSCRIPTION (1) OU RÉINSCRIPTION (1)

(1) rayer la mention inutile

NOM DU JUDOKA:.....**PRÉNOM :**.....

date de naissance :/...../..... sexe : M F Grade :

Adresse :

Code postal : Ville :

tél. domicile :/...../...../...../..... Tél. portable : /...../...../...../.....

NOM du représentant légal :e-mail :

ADULTES COURS SOUHAITE (*) :

LUNDI (taïso) - MARDI - JEUDI - VENDREDI (jujitsu)

(*) Entourer le cours choisi

ENFANTS COURS SOUHAITE (*) : KARBEN : LUNDI / MARDI / JEUDI / VENDREDI

MERC. 14 H 00 MERC. 15 H 30 MERC. 16 H 30 MERC. 17 H 15

JUDO EN FAMILLE : LUNDI 18 H 15 KARBEN ou VENDREDI 19 H GLEYZE-VIEILLE

**GLEYZE VIEILLE (ST EXUPERY) : LUNDI 17 H 45
VENDREDI 17 H 30**

(*) Entourer le cours choisi

**LE CERTIFICAT MEDICAL EST OBLIGATOIRE LORS D'UNE NOUVELLE INSCRIPTION ET POUR LES COMPÉTITEURS
LE QUESTIONNAIRE SANTE ET L'ATTESTATION POUR LES LICENCIES QUI ONT FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL
DE MOINS DE 3 ANS**

DECHARGE PARENTALE POUR ENFANT MINEUR

Je soussigné(e).....Père, Mère, Tuteur (*)
de l'enfant :

Inscrit au cours du : àheures

- ◆ Autorise les responsables du club à prendre toutes décisions nécessaires pour le bien de mon enfant
- ◆ Autorise (*) n'autorise pas (*) mon enfant à rentrer seul à mon domicile, à la fin de son cours de Judo
- ◆ Autorise (*) n'autorise pas (*) le club à photographier mon enfant(*) a me photographier(*), Ces photos serviront pour tous les documents de présentation du club ou d'une activité sportive ou ludique, journal ou site Internet

◆ **(*) rayer la mention inutile**

Date :

signature obligatoire :

CADRE RESERVE AU CLUB

MODE DE REGLEMENT CHOISI : 1, 2, OU 3 FOIS (*)

CI JOINT CHEQUE(S) D'UN MONTANT DE :

CERTIFICAT MEDICAL : **OUI (*) NON (*)** QUESTIONNAIRE SANTE & ATTESTATION : **OUI (*) NON (*)**