



Je, soussigné(e),
autorise mon enfant
à pratiquer le JUDO/JUJITSU au sein de l'ASCM SAINT JUST

J'autorise le Club, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant les soins médicaux à pratiquer.

NOM, PRENOM du judoka

DATE DE NAISSANCE .../.../...

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

N° Téléphone (Fixe et Portable) :

Mail :

Profession des parents : Père Mère

Renseignements médicaux (Asthme, blessures, ...)

.....

A-t-il déjà pratiqué le Judo/Jujitsu ? OUI NON

Si oui, dans quel Club ?

Quel est son grade ?

J'autorise le club à prendre et à diffuser des photographies de mon enfant. OUI NON

Votre enfant est-il adhérent dans une autre section de l'ASCM ? OUI NON

Si oui, dans quelle section avez-vous pris la carte ASCM ?

Comment avez-vous eu connaissance de la section Judo de l'ASCM ?

Tracts / Journal (Midi Libre) / Autre, précisez

SIGNATURE