



NOM, PRENOM

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

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

N° Téléphone (Fixe et Portable) :

Mail :

Renseignements médicaux (Asthme, blessures, ...)

.....

J'autorise le club à prendre et à diffuser des photographies me concernant OUI NON

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

Etes vous 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