



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**