



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 :

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 validé la carte ASCM ?

Si non, vous devez créer un compte sur le site de l'ASCM

SIGNATURE