

CADRE RESERVE AU CLUB

PAIEMENT: Chèque N°: _____
Chèque N°: _____
Chèque N°: _____
Chèque N°: _____

Certificat médical: OUI NON

REVEIL SAUVAGNONNAIS SECTION JUDO

FICHE D'INSCRIPTION

NOM:
PRENOM:
DATE ET LIEU DE NAISSANCE:
NOM DU PERE:
ADRESSE DU PERE:
TEL DU PERE:
NOM DE LA MERE:
ADRESSE DE LA MERE:
TEL DE LA MERE:
ADRESSE MAIL:

POUR LES ADHERENTS MINEURS , AUTORISATION PARENTALE:

L'AUTORISE A S'INSCRIRE A L'ACTIVITE JUDO

JE SOUSSIGNE(E) PERE:
MERE:
DE L'ENFANT:

Autorisation de diffusions de photo sur le site du club

<http://club.sportsregions.fr/sauvagnonjudo>

JE SOUSSIGNE(E) PERE:
MERE :
DE L'ENFANT:

oui non

A SAUVAGNON, LE
SIGNATURE:

AUTORISATION PARENTALE MEDICALE

Je soussignépère mère de Melle Mr.....

autorise le responsable du déplacement JOSE CARDIN ou CHRISTOPHE LARROUY
à prendre toutes les dispositions en cas d'intervention médicale

Personne à contacter en cas d'urgence
tel

EN CAS D'HOSPITALISATION: HOPITAL:

CLINIQUE:

OBSERVATIONS PARTICULIERES:

signature des parents