

# 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 les reseaux sociaux du club et le site du réveil Sauvagnonnais

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

☐ oui ☐ non

A SAUVAGNON, LE  
SIGNATURE:

### AUTORISATION PARENTALE MEDICALE

Je soussigné ..... père mère de Melle Mr.....

autorise le responsable du déplacement 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