



JUDO GOLFE & CO

Fiche d'Inscription

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Adresse :

C.P. Ville

Téléphone :.....

E-mail

Important : toutes les infos du club sont transmises par mail (merci d'écrire lisiblement), pas de mail pas d'info.

Nom du responsable légal

Allergie, problèmes de santé :

Discipline : Baby Judo Judo 6/7 ans Judo 8/10 ans Judo Ados/Adultes

Commune : Ploeren Plougoumelen

Tarifs :..... **Paiement** : 1 2 3

Si le chèque n'est pas au nom de l'adhérent merci de l'indiquer ici.....

Pour les mineurs :

Je soussigné(e),père ou mère (rayer la mention inutile) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'encadrement du JUDO GOLFE & CO à prendre, le cas échéant, toutes les mesures médicales nécessaires (service de secours : médecin traitant, Pompiers ou Samu) ainsi que l'évacuation sanitaire vers l'hôpital le plus proche s'ils n'arrivent pas à me contacter.

Droit à l'image*: J'autorise Je n'autorise pas
JUDO GOLFE & CO à utiliser les photos prises pendant les manifestations (site internet, presse, film).

RGPD, protections des données personnelles* : J'autorise Je n'autorise pas
JUDO GOLFE & CO à utiliser mes données personnelles à son unique bénéfice, aucune de vos informations ne seront délivrées à un tiers.

Divers*:

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association (disponible à ma demande ou affiché au siège social de l'association) et m'engage à le respecter.

Avoir été informé(e) de mon intérêt à souscrire un « contrat de personnes » couvrant les dommages corporels auxquels peut être exposé le pratiquant lors de sa pratique sportive.

Date

Signature (avec la mention lu et approuvé)

*En cas de case non cochée, JUDO GOLFE & CO considère que les informations sont connues et acceptées de tous.



**PRISE DE LICENCE MAJEURS
ATTESTATION QS sport**

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif

**PRISE DE LICENCE MINEURS
ATTESTATION QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.