



**ENFANT**

Nom Prénom : .....

Date & lieu de naissance : .....

**E-MAIL** : .....@.....

☎ .....  
.....

Adresse : .....

.....

CERTIFICAT MEDICAL

Attestation QS Sport

**PARENT OU RESPONSABLE**

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur, représentant légal (1)  
de ..... (nom, prénom de l'enfant) autorise :

- mon enfant à pratiquer le baby judo,
- les responsables du club à faire pratiquer tout soin médical urgent ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté
- l'exploitation de l'image de mon enfant sur tous supports de communication : site internet du club, page Facebook, articles de presse, etc . .

Je sais que, selon la législation, la cotisation n'est remboursable qu'en cas de force majeure et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club que je m'engage à respecter.

(1) *Rayer les mentions inutiles*

Date :

Signature précédée de « Lu et approuvé »

**TARIF ANNUEL 200 € licence incluse**

**CHEQUE**

**Titulaire**

**Dernier chèque encaissé au plus tard en Décembre**

1/	€	2/	€	3/	€	4/	€
le		le		le		le	

**ESPECES**

1/	€	2/	€	3/	€	4/	€
Reçu n°	le	Reçu n°	le	Reçu n°	le	Reçu n°	le

**CHEQUES VACANCES**

**Titulaire**

Nb	x	€	=	
Nb	x	€	=	
Nb	x	€	=	
	Total			€

posté le  
virnt ANCV

