



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 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 licence incluse

226 €

216 € neuvillois et à partir du 2^d inscrit d'une même famille

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

