



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 »

INSCRIPTION ANNUELLE

Licence 41 € Cotisation 159 € TOTAL 200 €

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

Nb x € =

Titulaire : Nb x € =

TOTAL = Posté le Virnt ANCV le

NOUVEAU



T Shirt du club – Taille Régulé le espèces chèque

Licence

Bordereau N°

le

reçue le

