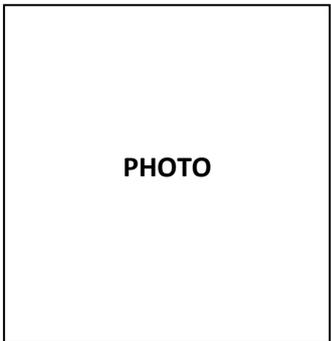




**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**SAISON 20 ..... /20.....**



- |                                       |                                    |                                   |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BAIE-MAHAULT | <input type="checkbox"/> LA JAILLE | <input type="checkbox"/> FÉMININ  |
| <input type="checkbox"/> SAINTE-ROSE  | <input type="checkbox"/> DESHAIES  | <input type="checkbox"/> MASCULIN |

Date inscription : .....

NOM : .....

PRÉNOMS : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

E-MAIL ADHÉRENT : .....

TEL ADHÉRENT : .....

E-MAIL (Père) : .....

E-MAIL (Mère) : .....

TEL DOMICILE (Père) : ..... TEL DOMICILE (Mère) : .....

TEL PORTABLE (Père) : ..... TEL PORTABLE (Mère) : .....

**EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A PRÉVENIR**

NOM : ..... TÉLÉPHONE : .....

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE : .....

ADRESSE MÉDECIN : .....

TÉLÉPHONE MÉDECIN : .....

PEUT-IL ÊTRE ALERTÉ EN CAS DE BESOIN ? OUI NON  
SI NOUS NE POUVONS UTILISER CES RENSEIGNEMENTS, LE CENTRE 15 OU 18 SERA CONTACTÉ EN CAS DE NECESSITÉ ET PRENDRA LA DÉCISION ADAPTÉE À L'ÉTAT DE L'ENFANT.

- 3 ans  BABY JUDO (4-5 ans)  6-9ans  10-12 ans  13 ans-17 ans  ADULTES

Jours choisis :

- Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi

- Matin  Après-midi  Soir

- Certificat Médical  
 2 Photos  
 1 Enveloppe timbrées à l'adresse des parents  
 Cotisation  Dossier complet

<input type="checkbox"/> Carte récupérée
<input type="checkbox"/> Carte non récupérée
Grade (couleur ceinture) : .....

## POUVOIR

Je soussigné(e).....autorise le président du SANGOKU CLUB ou son remplaçant à donner en nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical dans le cas où l'enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, lors des entraînements ou compétitions ou sorties organisées par le SANGOKU CLUB.

**Signature :**

### PRÉCAUTIONS MÉDICALES :

Précautions particulières à prendre : .....

.....

Contre-indications médicales : .....

.....

MERCI DE NOUS SIGNALER TOUT CHANGEMENT ÉVENTUEL AU COURS DE L'ANNÉE.

## AUTORISATION PHOTOS

Je soussigné(e) – *NOM, Prénom*

.....

Représentant (e/s) légal (e/aux) de

.....

Déclare que le SANGOKU CLUB peut procéder à des séances de prises de vue photographique de **mon enfant\* ou moi-même\*** (\*barrer la mention inutile), dans le cadre de l'activité de judo au sein de l'association.

J'autorise, à titre gracieux, le SANGOKU CLUB à diffuser ces images à des fins de communication tant externe qu'interne sur les différents médias et ce sans aucune limitation de durée et pour le monde entier. D'autre part, cette autorisation est valable par tacite reconduction tant que la personne sera licenciée au sein SANGOKU CLUB. Je déclare abandonner, sans contrepartie au SANGOKU CLUB, les droits d'exploitation susvisés ainsi que tout droit à l'image s'y apportant.

Je renonce à toute action à l'encontre du SANGOKU CLUB du fait des exploitations visées ci-dessus en tout ou partie quelle qu'en soit la date ou la forme.

Cette autorisation est donnée à titre gratuit.

Fait à Baie-Mahault, le .....

***SIGNATURE***

Précédée de la mention « Lu et approuvé »