

Salle G. Lhermet-Jackowski
Rue du Berger – angle Saint-Roch
13330 PELISSANNE
06 76 63 00 38

JUDO

Cadre réservé au Club

Nom Prénom

Adresse

code postal commune

Mail

Tél Tél

Pour les enfants, N° de téléphone où l'on peut joindre les parents ou les responsables pendant les cours.

Date de naissance Lieu de naissance

Discipline(s) Pratiquée(s) au sein de l'association Niveau de pratique de l'activité
(nombre d'années)

Je soussigné(e) M. et Mme parents ou tuteurs de l'enfant
autorisent le club à diffuser des photos de celui-ci sur le site Internet du club www.pelissanne-ac.com.

oui non Signature:.....

CERTIFICAT MÉDICAL
Je soussigné (e) Docteur.....
atteste que
M, Mme, Melle, l'enfant.....

CERTIFICAT MEDICAL
Je soussigné (e)
Docteur.....
atteste que M., Mme, Melle, l'enfant
.....

CLUB
Est apte à la pratique du JUDO en club
Date Signature et tampon

CLUB
Est apte à la pratique du JUDO en club
Date Signature et tampon

COMPETITION
Ne présente pas de contre-indications à la pratique du
JUDO en compétition (validité 1 an)
Date Signature et tampon

COMPETITION
Ne présente pas de contre-indications à la
pratique du JUDO en compétition (validité
1 an)
Date Signature et tampon
Exemplaire à découper et à placer dans le passeport de judo

PS : Pour les compétiteurs, pensez à faire tamponner votre passeport de JUDO par votre médecin !