

Mail  Téléphone  Cotisation  Prise de licence

Autorisation photo  Allergies  Certif. Méd.  Couleur Ceinture

Code Pass'sport  Enregistrement Pass'sport  Cadre réservé à l'administration



# JAB JUDO (saison 2024-2025)



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; Catégorie : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Photo**

Pour les nouveaux

Mail (en majuscule, svp) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Autre Mail (en majuscule, svp) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Téléphone Mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; Père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**N'oubliez pas le certificat médical avec la mention :**

**« Apte à la pratique du judo en compétition »**

**Tarifs :**

- Licence : 41 € / an
- Cotisation : \_\_\_\_ € / an
- Caution judogi : \_\_\_\_ € (remboursable)
- Passeport (compétiteurs) : \_\_\_\_ € (valable 8 ans)
- -50€ pass'sport : \_\_\_\_ €
- Réduction : \_\_\_\_ €

Total : \_\_\_\_\_ €

**Commentaires :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Horaires et prix des cours**

TAÏSO	Vendredi : 19h45 → 21h00	59 €
JU-JITSU	Vendredi : 19h45 → 21h00	59 €
EVEIL JUDO	Lundi : 17h30 → 18h30 Mercredi : 17h00 → 18h00	64 €

JUDO		
6/8 ans	Mardi : 17h30 → 18h30	129 €
	Vendredi : 17h30 → 18h30	
9/11 ans	Mardi : 18h30 → 19h30	
	Vendredi : 18h30 → 19h30	
12 ans et +	Mercredi : 18h00 → 19h30	
	Vendredi : 18h30 → 19h30	

## AUTORISATION PARENTALE (OU REPRESENTANT LEGAL)

### POUR LES PERSONNES MINEURES.

Je soussigné \_\_\_\_\_, autorise mon fils, ma fille (1) désigné(e) ci-dessus à pratiquer le judo, jiu-jitsu, taïso (1) au club de la Jeunesse Amicale Borderaise pour la saison 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_.

(Cocher la case). Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts de l'association (affichés à l'entrée du dojo), les accepte, et m'engage à les appliquer et à les respecter.

J'ai bien noté que la cotisation est annuelle et qu'aucun remboursement ne pourra avoir lieu. Je m'engage à être présent (ou une personne responsable signalée au professeur) 5 minutes avant la fin des cours afin de récupérer mon enfant.

J'accepte  ; je n'accepte pas  (cocher une des cases) la publication et la diffusion des photos de mon enfant ou de moi-même, faites dans le cadre des activités du club.

Date :

Signature (précédée de « Lu et approuvé ») :

(1) : rayer les mentions inutiles.

## Autorisation de soins en cas d'accident ou de maladie aiguë :

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable du club (professeur et/ou membre du bureau) fera appel soit au 18, soit au médecin traitant de l'enfant. Et vous préviendra le plus rapidement possible :

- Nom, prénom (de l'enfant) : \_\_\_\_\_
- N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_
- Nom de la mutuelle : \_\_\_\_\_
- A signaler (allergies ; traitements ; contre-indications ; etc....) : \_\_\_\_\_
- Autre personne à contacter en cas d'urgence (autre que père et mère) :

Nom : \_\_\_\_\_ ; Prénom : \_\_\_\_\_ ; Lien avec la famille : \_\_\_\_\_ ;

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ ; Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Etablissement choisi en cas de soins\* :  Hôpital \_\_\_\_\_ ;  
 Clinique \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Monsieur, Madame \*\* \_\_\_\_\_ (père ; mère ; responsable légal \*\*), autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire, autorise le responsable du club (professeur ou membre du bureau) à demander l'admission en établissement de soins.

(\* Ce choix sera respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.)

(\*\* rayer les mentions inutiles)