



Cette Fiche de renseignement est à nous retourner, remplie,  
**OBLIGATOIREMENT DANS LES 15 JOURS** suivant l'inscription, ainsi que le  
**CERTIFICAT MEDICAL** en bas de page DATE et SIGNE par le médecin.  
 Passé ce délai, le licencié **N'ACCEDERA PAS AU TATAMI** par mesure de  
 sécurité pour le club. **N'OUBLIEZ PAS DE FAIRE SIGNER VOTRE PASSEPORT**  
**PAR LE MEDECIN** avec la mention  
**"PAS DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU JUDO EN COMPETITION"**



NOM _____	<b>Chef de famille ou personne responsable de l'enfant à prévenir en cas d'urgence</b>
PRENOM _____	
Date de Naissance _____ / _____ / _____	
_____	
_____ @ _____	
N° SS _____	
Domicile _____	NOM _____
Portable _____	PRENOM _____
	N° SS _____
	Domicile _____
	Travail Mère _____
	Travail Père _____

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence**

NOM et PRENOM \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**EN CAS D'ACCIDENT, LE DOJO ETANT RELIE AU 18, LE JUDO CLUB PICAUVILLAIS APPELERA LES POMPIERS QUI PRENDRONT TOUTES DECISIONS POUR L'ENVOI DU LICENCIE DANS L'HOPITAL LE PLUS PROCHE. POUR TOUT ACCIDENT SURVENANT EN DEHORS DES HEURES DE JUDO, LE JUDO CLUB PICAUVILLAIS AINSI QUE L'ENSEIGNANT SE DECHARGENT DE TOUTE RESPONSABILITE.**

*Les parents ou le responsable de l'enfant reconnaissent avoir pris connaissance du règlement intérieur.*

Signature (Précédée de la mention "lu et approuvé")

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné \_\_\_\_\_, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Madame  Mademoiselle  Monsieur  L'enfant

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

et ne présentant aucune contre indication à la pratique du Judo en compétition.

Fait le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature et tampon du praticien

A \_\_\_\_\_