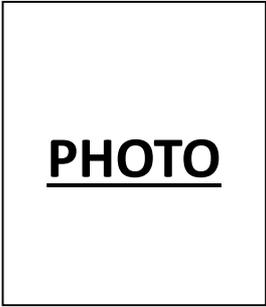




Judo Club Flérien

CALIGNY FLERS MESSEI



06-24-16-54-19

judoflers@gmail.com

Inscription – Saison 2025-2026

Identité de l'adhérent

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone Portable : _____

Adresse mail : _____ **IMPORTANT**

Couleur de ceinture : Blanche 1 Liseré 2 Lisérés Blanche-Jaune Jaune Jaune-Orange
 Orange Orange-Verte Verte Verte-Bleue Bleue Bleue-Marron Marron Noire

Identité du responsable légal de l'adhérent

Nom : _____ Prénom : _____

Qualité : Père Mère Tuteur

N° de sécurité sociale : _____

Adresse si différente de celle de l'enfant :
demande l'inscription au Judo Club Flérien de l'enfant dont l'identité figure ci-dessus, après avoir bien noté que la prise en charge de l'enfant débute à l'entrée de la salle de cours et s'arrête à la sortie de celle-ci.

Date : Signature : _____

Cotisation

Licence et Cotisation :

1 Cours par semaine : **150 €**
2 Cours par semaine : **170 €**
3 Cours par semaine : **190 €**
Étudiant (sur justificatif) : **50 €**

Une réduction aux familles :

2 inscriptions : **- 10 €**
3 inscriptions : **- 20 €**
4 inscriptions et + : **- 30 €**

Moyens de paiements :

Moyens de Paiement	Montant	Informations
Chèques		A l'ordre du « Judo Club Flérien » <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois
Virements		Crédit Mutuel : FR76 1548 9048 5400 0314 1624 052
Espèces		
Chèque ANCV (Vacances & Sports)		
Atout Normandie		Référence : _____ Code : _____
N° Pass'Sport		Code : ____ - ____ - ____

⇒ **Tant que la cotisation n'est pas réglée et que la fiche d'inscription n'est pas fournie, le judoka n'est pas assuré et ne peut de ce fait participer aux séances d'entraînement.**



PRISE DE LICENCE

PRISE DE LICENCE

FORMALITÉS MÉDICALES

Se renseigner auprès du Club

Certificat Médical

Questionnaire Médical Mineur ou Majeur

ATTESTATION

Je soussigné M. ou Mme

en ma qualité d'adhérent ou de représentant légal, atteste qu'il ou elle a renseigné le questionnaire de santé « QS-SPORT Cerfa N°15699*01 » ou « RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR » (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à

, le

Signature

Décharge parentale pour les transports et autorisation d'opérer

Je soussigné(e), Père Mère Tuteur
déclare décharger le Judo Club Flérien de toute responsabilité pour le transfert de mon enfant :

Nom et prénom de l'enfant :
pour tous les déplacements dans le cadre des activités se rapportant au judo.

Par ailleurs, j'autorise les responsables porteurs de cette autorisation, à prendre toutes les dispositions nécessaires pour une intervention médicale ou chirurgicale.

J'autorise également mon enfant à quitter l'établissement de soin en compagnie du responsable de son club.

Mon enfant est du groupe sanguin :

Autre renseignements (allergies, maladies ou blessures antérieures...) :

.....

Personnes à prévenir:

Nom et prénom	Qualité (Père, mère, tuteur...)	N° de portable

Droit à l'image et utilisation des données:

J'autorise le Judo Club Flérien à réaliser des photos et des enregistrements vidéo sur lesquels moi ou mon enfant pourrait apparaître ; ainsi qu'à les diffuser sur un réseau de quelque nature que ce soit (Internet ; Presse ...).

J'accepte que les données personnelles renseignées dans cette fiche soit enregistrées et utilisées par le Judo Club Flérien à des fins non commerciales.

Oui

Non

Date :

<u>Signature du père :</u>	<u>Signature de la mère :</u>	<u>Signature du tuteur légal :</u>
----------------------------	-------------------------------	------------------------------------