

Fiche Individuelle de Renseignements

PHOTO

JUDO CLUB CASTELSARRASINOIS

Saison : 2019/2020

<input type="checkbox"/>	Eveil-Judo 2014-2015-2016*	<input type="checkbox"/>	Minimes 2006-2007
<input type="checkbox"/>	Mini-poussins 2012-2013	<input type="checkbox"/>	Cadet 2003-2004-2005
<input type="checkbox"/>	Poussins 2010-2011	<input type="checkbox"/>	Juniors 2000-2001-2002
<input type="checkbox"/>	Benjamins 2008-2009	<input type="checkbox"/>	

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel Domicile : _____ Portable : _____ Email : _____

FICHE MEDICALE JUDOKA

Groupe Sanguin : _____ Poids : _____ Taille : _____

Votre enfant est-il ? Asmathique _____ Hémophile _____

Allergique _____ Autres _____

Traitement médical particulier : _____

Vaccination : Antitétanique datant de moins de 5 ans oui non

Hépatite B (dernière date) _____

Numéro de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : _____

Votre medecin traitant : _____ Téléphone : _____

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU JUDO

Je soussigné, _____ docteur en médecine après avoir examiné ce jour

Mr/Mlle _____ né(e) le _____ certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique du JUDO en compétition.

Date : _____ Signature : _____

Cachet

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) - RESPONSABLE LEGAL -

NOM, Prénom : _____

Agissant en qualité de PÈRE, MÈRE, TUTEUR OU RESPONSABLE (1)

Résidant à : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel Domicile : _____ Portable : _____ Fax : _____

Profession Père : _____ Tel Travail : _____

Profession Mère : _____ Tel Travail : _____

Situation Familial des Parents : Mariés Séparés Veuf(ve) (1)

*Autorise mon enfant à participer aux activités sportives du club (1)

*Autorise les responsables à soigner ou à faire soigner mon enfant ou à faire pratiquer toute intervention qui s'avérerait indispensable en cas de nécessité (1)

*Autorise Madame ou Monsieur.....à venir chercher mon enfant à la fin de la séance (1)

*Autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens, après l'activité sportive (1)

*Autorise mon enfant à effectuer certains déplacements dans les voitures des éducateurs, dirigeants ou parents ainsi que dans les bus suivant les besoins (1)

(1) rayer la ou les mentions inutiles

Date et Signature (précédé de la mention Lu et Approuvé)

Autres personnes à contacter en cas d'urgence

NOM, Prénom :

Tel :

NOM, Prénom :

Tel :