

Mail Téléphone Cotisation Prise de licence Certif. Méd. Couleur Ceinture Autorisation photo Allergies 

Commentaires :

Cadre réservé à l'administration



# JAB JUDO (saison 2022-2023)



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

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

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

Photo

Pour les  
nouveaux

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

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

## Tarifs :

- Licence : 41 € / an
- Cours : \_\_\_\_\_ € / an
- Caution judogi : 15 €
- Passeport (compétiteurs) : 8 € (valable 8 ans)

Total : \_\_\_\_\_ €

Commentaires :

---



---



---

## Horaires et prix des cours

TAÏSO	Lundi : 18h30 → 19h30	59 €
JU-JITSU	Vendredi : 19h45 → 21h00	59 €
EVEIL JUDO	Mercredi : 17h00 → 18h00	129 €
	Vendredi : 17h30 → 18h30	

JUDO		129 €
6/8 ans	Mardi : 17h30 → 18h30	
	Vendredi : 18h30 → 19h30	
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) : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_
- Nom de la mutuelle : \_\_\_\_\_
- A signaler (allergies ; traitements ; contre-indications ; etc....) : \_\_\_\_\_
- Autres personnes à contacter en cas d'urgence (autres que père et mère) :

Nom : \_\_\_\_\_ ; Prénom : \_\_\_\_\_ ; Lien avec la famille : \_\_\_\_\_ ; Tél. : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_/\_/

Nom : \_\_\_\_\_ ; Prénom : \_\_\_\_\_ ; Lien avec la famille : \_\_\_\_\_ ; Tél. : \_\_/\_\_/\_\_/\_/\_/\_/

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

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

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.

(\*\* rayer les mentions inutiles)

### A savoir :

Tous les professeurs et les membres du bureau sont des bénévoles. Ils prennent sur leur temps personnel pour gérer cette association.

Les cours sont interrompus à l'occasion des vacances scolaires et des jours fériés.

### Membres du bureau :

Président: Cédric CASTERAN  
Vice-président: Philippe BODEVIN  
Trésorière: Jade LAPORTE  
Trésorier adjoint: /  
Secrétaire: Elvire SERRES  
Secrétaire Adjointe: /

### Professeurs :

Philippe BODEVIN (CQP)

Adresse : Maison des associations ; Place Lacassagne ; 18 rue V. HUGO ; 65320 Bordères sur l'Echez.

Téléphone président : CASTERAN Cédric 06 51 55 83 53.

Téléphone Professeur : BODEVIN Philippe 06 10 39 81 95.

Adresse mail : [jab.judo@gmail.com](mailto:jab.judo@gmail.com)

Site du club : <http://jabjudo.clubeo.com>

Facebook : Jab Judo