

# FICHE D'INSCRIPTION

Cette fiche de renseignement est à nous retourner, remplie, **OBLIGATOIREMENT DANS LES 15 JOURS** suivant l'inscription, ainsi que le certificat médical en bas de page DATE et SIGNE par le médecin traitant.

Passé ce délai, **LE LICENCIÉ NE POURRA PAS ACCÉDER AU TATAMI** par mesure de sécurité et pour des raisons d'assurances pour le club, comme pour le licencié.

N'oubliez pas non plus de faire signer le passeport par votre médecin avec la mention : "**PAS DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU JUDO EN COMPETITION**".



Licencié	Chef de Famille ou personne responsable du licencié à prévenir en cas d'urgence
NOM* : _____	NOM + PRENOM* : _____
PRENOM* : _____	n° SS* : _____
DATE DE NAISSANCE* : ____ / ____ / ____	Portable* _____
ADRESSE* : _____	Domicile* _____
MAIL : _____ @ _____	Travail ou autre _____
n° SS* : _____	Autre personne à prévenir en cas d'urgence
Portable** _____	NOM + PRENOM* : _____
Domicile** _____	Portable* _____
	Domicile* _____
	Travail ou autre _____

\* : à remplir impérativement - \*\* : merci de renseigner au moins un des deux champ.

**EN CAS D'ACCIDENT, LE DOJO ETANT DIRECTEMENT RELIE AU 18, LE JUDO CLUB PICAUVILLAIS APPELERA LES POMPIERS QUI PRENDRONT TOUTES DECISIONS POUR L'ENVOI DU LICENCIÉ 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.**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
(précédé de la mention "Lu et approuvé")

## DROIT à L'IMAGE : (1) Rayer les mentions inutiles

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ donne (1) - ne donne pas (1) l'autorisation au Judo Club Picauvillais, ses représentants et toute personne agissant avec l'autorisation de l'organisme, la permission de prendre et de publier sur le site internet et les comptes de réseaux sociaux du Club, ou de présenter lors d'évènements culturels, d'articles de presse, toutes ou une parties des photographies ou vidéos prises de moi, et/ou de mon enfant mentionné sur cette fiche d'inscription, dans la cadre des activités du club, quel que soit le lieu et l'horaire.

Cette autorisation est valable à compter de la signature, et perd la validité à réception de mon courrier de refus avec AR au club.

**Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. (1)**

Et, ou **En tant que tuteur légal pour l'enfant nommé ci dessus. (1)**

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Lorsque l'image d'une personne est reproduite à propos d'un fait d'actualité générale ou pour illustrer un thème d'intérêt général et que l'image a été captée dans un lieu public, la personne photographiée, filmée ou dont les traits sont reproduits ne peut en principe s'y opposer. Pour le respect à minima de la vie privée du licencié, le club ne se permettra pas forcément de nommer les personnes présentes sur une photo, en dehors des remises de récompenses ou d'illustration particulière à titre valorisant lors d'une

## CERTIFICAT MEDICAL

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

Madame  - Monsieur  - L'enfant , NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Deumeurant à : \_\_\_\_\_

et qu'il / elle ne présente aucune contre indication à la pratique du judo en loisir ou en compétition.

Signature et tampon du Praticien :

Fait le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_