



FICHE D'INSCRIPTION



IDENTITE LICENCIE

NOM	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de Naissance	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
CP	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
domicile	<input type="text"/>	travail	<input type="text"/>
		portable	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>		
Club précédent (si différent de JCW)	<input type="text"/>	N° licence	<input type="text"/>

REPRESENTANT LEGAL DES MINEURS

NOM	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Qualité	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
CP	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
domicile	<input type="text"/>	travail	<input type="text"/>
		portable	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>		

AUTORISATIONS - MENTIONS LEGALES

J'autorise l'intervention des services de secours, l'hospitalisation et les interventions chirurgicales déclarées urgentes par le médecin. Je demande à être informé(e) dans les plus brefs délais

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information sur l'assurance fédérale dont je bénéficie en tant qu'adhérent licencié ainsi que des formules complémentaires (affichage obligatoire au dojo).

Je déclare avoir pris connaissance du fait que je ne suis pas assuré tant que mon dossier d'inscription complet (licence, certificat médical et feuille d'inscription) n'a pas été remis au club. Dans ce cas l'accès au tatami se fait à mes risques et périls. La responsabilité du club ne pourra pas être engagée.

Je déclare accepter que les informations portées sur cette fiche soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art 26 et 27) me donne un droit d'accès et de rectification et qu'elles peuvent faire l'objet d'une cession.

Date	<input type="text"/>	Signature du licencié	<input type="text"/>	Signature du représentant légal	<input type="text"/>
------	----------------------	-----------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

CERTIFICAT MEDICAL (à renseigner également dans le passeport sportif)

Je soussigné(e), Docteur

atteste que

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la **pratique du judo**
- Ne présente aucune contre-indication apparente à la **pratique du judo en compétition**

Date	<input type="text"/>	Signature médecin	<input type="text"/>	Cachet obligatoire	<input type="text"/>
------	----------------------	-------------------	----------------------	--------------------	----------------------