

PIECES MANQUANTES :

Nom/prénom du tuteur légal :

Adresse mail :

Licenciés	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e
Nom					
Prénom					
Année de naissance					
Ceinture					
Date du certificat médical					
Prix licence	46€	46€	46€	46€	46€
Prix cotisation					
Sous-total / licencié					
Total / ensemble licenciés					

1) En cas d'accident

Je soussigné(e) (*nom, prénom*) :

Demeurant à (*adresse*) :

agissant en qualité de (*mère, père,...*) : autorise, en cas d'accident sérieux de mon (mes) enfant(s) dans le cadre de la pratique du sport, les responsables de l'**USM SARAN JUDO** à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical en lieu et place s'il leur est impossible de me joindre.

Personne à contacter en cas d'accident :

Nom : **Prénom :** **Qualité :**

N° de téléphone mobile : **N° de téléphone fixe :**

2) Autorisation de quitter le cours de judo seul

J'autorise mon enfant à rentrer seul du dojo et je décharge les responsables à la fin du cours dès la sortie du tatami : ☐ Oui ☐ Non

3) Droit à l'image Autorise ☐ N'autorise pas ☐

4) Porteur de handicap Oui ☐ Non ☐

5) Règlement intérieur

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'USM SARAN JUDO, de le respecter et de le faire respecter par mon (mes) enfant(s) licencié(s). Règlement disponible sur le site du club : www.saran-judo.com

Fait à SARAN, le

Signature avec mention « Lu et approuvé »

6) Suivi comptable du règlement

Type de règlement	Montant	N° de chèque - N° de ticket CAF N° de ticket Sport	Nom banque Nom du titulaire
Espèces			
Chèque 1			
Chèque 2			
Chèque 3			
Tickets CAF / Pass Sport			