



Fiche d'inscription Saison 20__ / 20__



Pour un traitement correct de votre dossier, merci de le remplir lisiblement et en MAJUSCULES

Nouvelle inscription Renouvellement d'inscription.

NOM de l'Adhérent : _____

Prénom : _____

Sexe : Garçon / Fille Date de naissance : ____/____/____ (JJ/MM/AAAA)

Couleur de ceinture : _____ Poids : ____ kg

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de tél fixe : ____-____-____-____

N° de tél portable : ____-____-____-____ (Père) / ____-____-____-____ (Mère)

Autres N° de téléphone en cas d'Urgence : ____-____-____-____ : Catégorie _____

Adresse mail1* _____

Adresse mail2* _____

*Les informations clubs seront envoyées par mail de l'adresse suivante « energiejudo@hotmail.fr ». 2^{nde} adresse facultative.

Profession (Tuteur) : _____ (facultatif)

Délégation de pouvoirs en cas d'urgence pour les mineurs:

Nous soussignons _____ Parents de _____
pratiquant le judo à l'Energie Judo au May sur Evre déclarons donner les pleins pouvoirs aux responsables du club en cas d'accident durant les entrainements, les stages et les compétitions. Nous demandons que notre enfant soit dirigé vers l'établissement suivant :

Hôpital de Cholet ou Polyclinique du Parc à Cholet

Autre établissement (à préciser) _____

Vie du club : L'Energie Judo recherche des bénévoles pour animer le club pendant la saison.

Le club peut-il compter sur votre présence lors des événements : oui / non

Signatures : Le père ou tuteur :

La mère ou tutrice :

Cadre réservé aux membres du bureau		
N° Carte Energie : _____ délivrée par l'association Energie : <input type="checkbox"/> Judo, <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Activité :	Moyen de règlement :	N° de Chèque(s) :
<input type="checkbox"/> Eveil	<input type="checkbox"/> Chèque _____ €	
<input type="checkbox"/> Judo	<input type="checkbox"/> Espèces _____ €	
> 10ans : <input type="checkbox"/> Evre judo	<input type="checkbox"/> ANCV _____ €	
<input type="checkbox"/> Form' Training	<input type="checkbox"/> Coupon Sport _____ €	
<input type="checkbox"/> Form' Seniors	Total Règlement : _____ €	
Date d'établissement du certificat médical : ____/____/____ (MM/AAAA)		
Observations : _____		