

Autorisations (Remplir et signer)

Je soussigné Père / Mère / Responsable Légal :	OUI	NON
Médical : Autorise le représentant du Club à prendre les dispositions nécessaires pour mon enfant en cas d'accident survenu en mon absence lors d'entraînement ou compétitions		
Transports : Autorise mon enfant à utiliser les moyen de transports mis à sa disposition par le Club ou par les bénévoles (compétition ,sortie)		
Autorise mon enfant à quitter seul le Dojo à la fin du cours		
Droit à l'image : Autorise le Club à prendre et à diffuser (Site Dojo de Foix) des photos réalisées lors des entraînements , compétitions , stages , fêtes de fin année , etc		
Adresse Mail : Autorise l' utilisation de E mail indiqué ci dessus afin de recevoir les lettres d'information du Club		
J' ai pris connaissance du règlement intérieur affiché au Dojo et je l'accepte		

Fait à :

Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) Dr :

certifie avoir examiné ce jour :

né(e) le :

et déclare qu'il ne présente pas de contre-indication à la pratique - du judo et disciplines associées sous forme loisirs et en compétition

Certificat établi à :

Date :

Signature et tampon du médecin

