



# JUDO DOMÈNE

Saison 2016-2017

JUDOKA		
Couleur de ceinture:	<input type="checkbox"/> cocher si 1ère adhésion	
NOM Prénom:		
Date et lieu de naissance:		
Nationalité:	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Adresse:		
Code postal:	Ville:	
Téléphone:	Email:	
PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT		
MÈRE	PÈRE	
NOM:	NOM:	
Prénom:	Prénom:	
Téléphone:	Téléphone:	
Email:	Email:	
CONJOINT	MÉDECIN TRAITANT	
NOM:	NOM:	
Prénom:	Prénom:	
Téléphone:	Téléphone:	
Email:	Email:	
Réservé au club		
Montant de la cotisation :	Chèques <input type="checkbox"/>	Espèces <input type="checkbox"/>
	Chèque jeune <input type="checkbox"/>	Carte M'RA <input type="checkbox"/>
Paiement en 1 fois <input type="checkbox"/> septembre	Paiement en 2 fois <input type="checkbox"/> septembre + novembre	Certificat médical <input type="checkbox"/>

Je soussigné, (NOM Prénom) .....

affirme avoir été informé par l'association de la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire à la licence sportive (frais médicaux, optique, dentaire, indemnités journalières, invalidité permanente, décès, frais de remise à niveau scolaire)

autorise la diffusion de mes photographies et/ou celles de mon enfant sur internet

m'engage à respecter les règles de bonne conduite du Judo Domène

Domène, le .....

Signature