DOJO SAINT OUENNAIS
Salle espace loisirs
53410 Saint OUEN DES TOITS

FICHE INDIVIDUELLE ADHERENT

Pratiquant

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

Médecin traitant et téléphone : .....

Personne à contacter en cas de besoin ou d'urgence

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....

Téléphone fixe : ..... Portable Mr : .....

Mme : .....

Adresse Email : .....@.....

Informations médicales

Merci d'y mettre toutes les informations pouvant être significatives, sur la santé et/ou le comportement des jeunes ou adultes, pour la pratique du judo.

.....

☐ Autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical URGENT ou toute intervention qui s'avérerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

☐ Donne l'autorisation de diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre de l'activité judo, pour les usages suivants : exposition éventuelle au club, sur notre site internet et dans la presse.

Signature du pratiquant

Signature du représentant légal