



## FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024

Partie pour le bureau :

Renouvellement licence	
<b>Attestation ou certificat médical</b>	
Aide mairie ou Chéquier jeune ou pass'region	
Pass'sport	
Type de paiement : chq / esp / ...	
Nbre échéance : 1 X / 2 X ou 3 X	
Attestation de paiement à faire	

Pré-poussin Poussin	Benjamin Minimé	Taïso Renforcement musculaire	Pré-poussin Poussin	Benjamin Ado Adulte	Eveil : 5-6 ans	Eveil 4 ans
MARDI 17h45 à 18h45	MARDI 18h45 à 19h45	MARDI 19h45 à 20h30	VENDREDI 17h45 à 18h45	VENDREDI 18h45 à 20h30	SAMEDI 09h30 à 10h30	SAMEDI 10h30 à 11h30
6 ans (2017 non débutant) à 9 ans (2014)	A partir de 10 ans (2013)	16 ans et +	6 ans (2017 non débutant) à 9 ans (2014)	A partir de 10 ans	5 ans (2018) 6 ans (2017) débutant	4 ans débutant (2019)
<b>Nouveauté :</b> Benjamins, Minimés, Cadets : Entraînement de masse au <b>Dojo Meximieux</b> les mercredis 2 x par mois de 18h-19h30						

**Nom du licencié :**

**Prénom du licencié :**

Adresse :

Code postal / Ville :

**Personne responsable légale à préciser pour les licenciés mineurs :**

Qualité : Mère – Père - Autre

Nom - Prénom :

**Téléphone principal de contact :**

Autre Téléphone :

**Mail principal :**

Autre mail

**Date de naissance du licencié :**

**Renseignements médicaux (allergies...) :**

### **Autorisation – Décharge :**

Le/la licencié-e ou la personne responsable légale pour le /la mineur-e déclare :

- Dégager la responsabilité de l'association Judo Chalamont de leurs représentants et professeur
- Avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur (A disposition sur le site : <https://judochalamont.ffjudo.com/page/saison-2023-2024>)

(Pour les mineurs), la personne responsable légale déclare :

- Autoriser mon enfant à la pratique du judo ou jujitsu.
- Autoriser les responsables et professeur à transporter mon enfant avec leurs véhicules sur les lieux de l'activité, compétitions, stages ou toutes autres manifestations liées aux rencontres extérieurs du club.
- Autoriser le ou les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicales).

### **Renseignement en cas d'urgence**

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Nom / Prénom de l'assuré social :

N° de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de votre assurance Sociale : (MSA, CPAM) :

Fait à Chalamont, le

Signature (responsable légal ou licencié(e))  
Précédée de la mention « Lu et approuvé »