



Je, soussigné(e),

autorise mon enfant

à pratiquer le JUDO/JUJITSU au sein du **JUDO CLUB DE MARSILLARGUES**

J'autorise le Club, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant les soins médicaux à pratiquer.

NOM, PRENOM du judoka

DATE DE NAISSANCE ... / ... / ...

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

N° Téléphone (Fixe et Portable) :

Adresse Mail :

Renseignements médicaux (Asthme, blessures, ...)

.....

A-t-il déjà pratiqué le Judo/Jujitsu ?

OUI

NON

Si oui, dans quel Club ?

Quel est son grade ?

SIGNATURE