**Fiche inscription saison 2024/2025.**

Adhérant :

**Renouvellement Nouvelle adhésion**

NOM : Prénom :

Sexe (M/F) : Né(e) le : / /

Ceinture :

Cours souhaité(s), cocher la case choix.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Jour** | **De** | **A** | **Catégorie** | **Année** |
|  | Lundi | 17h00 | 18h00 | Baby & Éveil judo | 2020 – 2019 |
|  | Lundi | 18h00 | 19h30 | Poussin | 2016 – 2015 |
|  | Mercredi | 14h00 | 15h00 | Mini - poussin | 2018 – 2017 |
|  | Mercredi | 15h00 | 16h00 | Baby & Éveil judo | 2021 – 2019 |
|  | Mercredi | 16h00 | 17h30 | Poussin | 2016 – 2015 |
|  | Mercredi | 17h30 | 19h00 | Benjamin - Minime | 2014 – 2010 |
|  | Vendredi | 17h00 | 18h00 | Mini - poussin | 2018 – 2017 |
|  | Vendredi | 18h00 | 19h30 | Benjamin - Minime | 2014 – 2010 |

Parent(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable légale (cochez la case)** |  |  |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Profession** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
|  |
| **CP** |  |  |
| **Ville** |  |  |
| **N° portable** |  |  |
| **E-mail** |  |  |

Autorisations :

**Rappel :**

**La responsabilité de l’association AMD ne peut être engagée que lorsque les pratiquants sont dans le dojo avec leur professeur.**

**Il appartient aux accompagnants de s’assurer de la présence de celui-ci.**

Je soussigné(e) (Prénom, NOM)

Responsable légal, autorise (Prénom, NOM)

À pratiquer le judo dans le cadre des cours et des animations proposées par l’association A.M.D.

Je certifie avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du « questionnaire relatif à l’état de santé du sportif mineur » joint en dernière page.

Dans le cas contraire, je joins un certificat médical datant de moins de 6 mois, attestant de la non-contrindication à la pratique du judo.

**NB : le questionnaire médical est à conserver par la famille, il n’est pas à nous remettre. Cela fait partie de vos données de santé couvertes par le secret médical.**

J’autorise les responsables des activités de l’association AMD à prendre toutes les décisions nécessaires en cas **d’urgence médicale**.

Éléments importants à nous signaler, médical (allergie, intolérance alimentaire) ou autre :

J'autorise gracieusement et pour une durée indéterminée l’association AMD à utiliser l’image de mon enfant ou de moi-même dans les divers médias (presse, internet, …) dans le but de valoriser l’image du club et de promouvoir la pratique sportive.

**En cas de non-autorisation**, je m’engage à ne pas inscrire mon/mes enfant(s) ou moi-même aux manifestations publiques.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 (art.27), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Fait à le

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »).

Pour valider votre inscription, merci de nous faire parvenir :

* La présente fiche d’inscription dûment remplie et signée.
* Le règlement de la cotisation (voir les tarifs dans la fiche Tarifs 2024/2025).

**Attention : en cas de dossier incomplet, l’adhérent ne sera pas accepté sur les tapis.**

