

# FICHE D'INSCRIPTION 2022-23

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance (ville, département, pays) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. domicile : ..... Tél. Mobile : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Problèmes médicaux (éventuellement) : .....

Si vous désirez recevoir les informations du club par courrier électronique :

E-mail : .....

PHOTO

## AUTORISATION DES PARENTS (OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS)

\* Je, soussigné(e), .....

autorise mon fils, ma fille ..... à pratiquer le JUDO  
au A.A.D.B GARGES SECTION JUDO.

\* Je m'engage à lui faire passer une visite médicale **OBLIGATOIRE** et à fournir au Club un certificat médical  
où le médecin précisera :  
«**NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU JUDO EN COMPETITION**».

\* En cas d'accident grave, j'autorise un responsable du A.A.D.B GARGES SECTION JUDO à faire transporter  
mon enfant à l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident.

\* J'autorise le Club à prendre des photos et vidéos de mon enfant lors des activités liées au judo et  
à utiliser ces photos et vidéos ainsi que son nom dans les informations du Club, le journal de la ville  
de Garges, lors des journées associatives et sur le site Internet du club...

\* Je suis informé que dans le cadre de la lutte anti-dopage (selon les articles R232-12, R232-50  
et suivants du code du sport) mon enfant peut être amené à subir un prélèvement sanguin et j'autorise ce  
prélèvement.

\* Je déclare avoir pris connaissance du règlement interne du club et m'engage à le respecter notamment  
en ce qui concerne l'accompagnement des enfants jusqu'au dojo.

DATE ET SIGNATURE ( précédée de la mention " lu et approuvé ")



[www.judogarges.fr](http://www.judogarges.fr)

[contact@judogarges.fr](mailto:contact@judogarges.fr)

Chougrani Mohammed (Directeur technique) : 06.51.61.85.24



Cachet du médecin

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

## CERTIFICAT MÉDICAL SAISON SPORTIVE 2020-2021

Je soussigné, docteur \_\_\_\_\_

Certifie que :  
Mr / Mme / Mlle \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ne présente aucune contre - indication apparente à la  
pratique de judo ou du jujitsu **en compétition**

ne présente aucune - indication apparente à la  
pratique de judo ou du jujitsu **en sport - loisir**

Pour les pratiquants ayant un passeport du Judo, pensez à  
le faire remplir en même temps

Certificat à remplir ou à reproduire par le médecin , notamment avec la  
mention « Apte à la compétition » pour les compétiteurs