

L'association BABY JUDO

25, rue Roger Salengro 93140 BONDY - 06 50 03 94 88

Réservé à l'Association :

- CAF** :
- Chèque N°**
Montant :
Banque :
Titulaire :
- Espèces**, montant :
- Reçu N°** date :
- Licence F.F.J.D.A. N°**
Date cde :

DEMANDE D'INSCRIPTION 2018 / 2019

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

E-mail :@.....

Ceinture :

Photo

Jour et horaire du cours choisi : (selon l'âge et le niveau de l'enfant)

COURS 1 : lundi mardi mercredi vendredi samedi
 dimanche → *Horaire choisi* :

COURS 2 (option) : lundi mardi mercredi vendredi samedi
 dimanche → *Horaire choisi* :

Date et signature du(es) parent(s) :

Je refuse que mon enfant soit pris en photo dans le cadre de ses activités au sein de l'association Baby Judo.

CERTIFICAT MEDICAL (daté de l'année scolaire en cours)

Je soussigné,,
certifie avoir examiné ce jour,
né (e) le et déclare qu'il (elle) ne présente pas de contre-
indication cliniquement décelable à la pratique de toutes activités sportives fédérales de
la Fédération Française de Judo et Disciplines Associées - notamment le judo et le jujitsu
- sous forme de loisir et de compétition.

Fait à

Signature et tampon du médecin

Le