

PARTIE POUR LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Rendez-vous au dojo !

US Vernou Judo

Le club : **DOJO de Vernou sur Brune**
Adresse : **2 allée des Sports
37210 VERNOU SUR BRUNE**

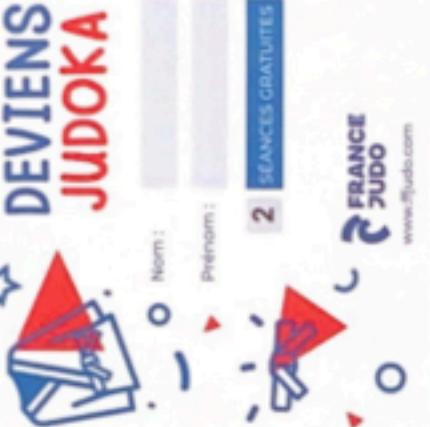
Site Internet : <https://vernoujudo.sportregions.fr>

Nom du contact : **Fabrice Charleux, Président**
N° Tel : **06 60 71 66 44**
E-mail : **judo@vernou.fr**

Séance découverte : **○**
Nombre effectuées : **□ □**
Valable jusqu'au : **30/03/2023**

Tampon ou signature du club : 

DEVIENS JUDOKA



Nom : **[REDACTED]** Prénom : **[REDACTED]**
2 SÉANCES GRATUITES

FRANCE JUDO
www.fjudo.com

PARTIE POUR LE CLUB

Assurance

Cette险assurance comprend une assurance responsabilité civile et accident corporel prise en charge par la FFJDA. Pour en bénéficier, merci de bien vouloir remplir et signer ce document et le remettre au représentant du club avant la séance.

Autorisation parentale

Pour les mineurs, ce document doit être rempli et signé par leur représentant légal.

Je soussigné(e) Madame Monsieur
Nom : **[REDACTED]**
Prénom : **[REDACTED]**
E-mail : **[REDACTED]**

autre(s) membre(s) enfant :
Nom : **[REDACTED]**
Prénom : **[REDACTED]**
Date de naissance : **[REDACTED]**

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :

- Avoir pris connaissance des garanties des contrats d'assurance souscrits sur la fédération, auprès de la SAACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole d'Initiation (société d'assurance affiliée à la fédération).
- Ne pratiquer aucune contre-indication médicale à la pratique du judo, du Judo, du kendo et des disciplines associées de la FFJDA.

* UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE VIERGE CONFIRMANTE LA NOTICE D'ASSURANCE DOIT ÊTRE RETOURNÉ À L'INSTITUT ET LU PAR LU AVANT SIGNATURE.

Date : **[REDACTED]**
Signature : 
En témoignage de ma volonté

Le praticien a lu, dans le but de déterminer que l'enfant n'a pas, contrairement, maladie à jour nécessitant, les soignants, la cessation temporaire de la pratique de son sport concerné, d'interrompre les entraînements.