

## &gt;&gt;&gt; Adhérent

Nom :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Email :			
<input type="checkbox"/> Attestation QS Sport	<input type="checkbox"/> Photocopie « Passeport Judo »		
<input type="checkbox"/> Certificat médical « SPORTIF »	<input type="checkbox"/> Certificat médical « SPORTIF EN COMPETITION »		

## &gt;&gt;&gt; Attestation QS Sport

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du sportif :**

**Pour les mineurs :**

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM].....  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du représentant légal :**

## &gt;&gt;&gt; Règlement intérieur

Je reconnais avoir pris connaissance, respecter et accepter les termes du règlement intérieur.

## &gt;&gt;&gt; Autorisation parentale (pour les mineurs)

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM].....  
autorise mon enfant à pratiquer le judo et autorise les responsables du Judo Club Saint Thibault. à prendre, en cas d'accident dans la pratique du sport toute décision d'ordre médical et chirurgical, en mes lieu et place, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

**Date et signature du représentant légal :**

## &gt;&gt;&gt; Inscription aux cours

<input type="checkbox"/> BABY - Judo 4 ans	<input type="checkbox"/> KOKA - Judo 6 / 7 ans
<input type="checkbox"/> ÉVEIL - judo 5 ans	<input type="checkbox"/> YUKO - Judo 7 / 8 ans
<input type="checkbox"/> SELF DÉFENSE / JUJITSU	<input type="checkbox"/> WAZARI - Judo 9 / 12 ans
<input type="checkbox"/> TAÏSO	<input type="checkbox"/> IPPON - Judo adolescent / adulte

## &gt;&gt;&gt; Payeur des cotisations (si plusieurs inscriptions dans le même foyer)

Nom :	Prénom :
Total des cotisations dues :	

## &gt;&gt;&gt; Détail du règlement de la cotisation

<input type="checkbox"/> Par chèque.....	<input type="checkbox"/> 1 chèque	<input type="checkbox"/> 2 chèques	<input type="checkbox"/> 3 chèques	<input type="checkbox"/> 4 chèques
<input type="checkbox"/> En espèce.....	Détail.....	:		
<input type="checkbox"/> Coupons sport.....	Détail.....	:		
<input type="checkbox"/> Chèque ANCV.....	Détail.....	:		
<input type="checkbox"/> Établir une Facture				
<input type="checkbox"/> Remplir le bon CAF				

**Note :**