

LICENCE :

Nom du licencié : .....

Prénom : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Date du certificat médical : .....

**REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT MINEUR**

	MERE	PÈRE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
TEL DOM		
TEL PORT		
EMAIL		
J'ai pris connaissance du règlement intérieur		
Signatures des Parents		

Signature du licencié

J'ai pris connaissance du règlement intérieur (obligatoire) :

oui

**Souhaitez-vous une attestation CE :**

oui

non

**AUTORISATION PARENTALE - DROIT A L'IMAGE - MEDICAL - ASSURANCE**

Je soussigné Mme Mlle M. : .....

Déclare :

- Autoriser mon enfant à pratiquer le JUDO pour la saison sportive 2019/2020, sous la conduite d'un professeur diplômé d'ETAT et titulaire de la carte professionnelle de la Jeunesse et des Sports au sein du club de Judo de l'ASLC FLINS SUR SEINE.
- Autoriser le professeur, responsable des enfants pendant les cours, à prendre toutes décisions d'ordre médical en cas d'accident, si je ne suis pas joignable rapidement.
- Signaler sur la présente fiche toute particularité ou contre-indication médicale pouvant (ou devant) être signalée en cas d'accident ou de malaise nécessitant l'intervention des services de secours.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la section affichée en permanence dans le local d'entraînement (ou remis lors de l'inscription).
- Avoir pris connaissance que tous les renseignements fournis de façon manuscrite au club de Judo de l'ASLC FLINS SUR SEINE, sont récapitulés dans des fichiers informatiques (pour faciliter la gestion administrative) et que conformément à la Loi Informatique et Liberté, je peux à tout moment les consulter ou en demander la suppression.
- Reconnaît avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive et avoir été informé et pris connaissance des garanties d'assurances proposées avec la licence.
- Reconnaît avoir été averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires par la FFJDA afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel ou l'assureur MAIF ou personnels.
- Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT CERFA N°15699 01 (ou enfant mineur) et avoir répondu à l'ensemble des questions. Si une réponse « OUI » vous êtes dans l'obligation de fournir un certificat médical.
- Autorisation la section ASLC JUDO à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles je pourrais apparaître (ou mon enfant mineur), prises à l'occasion de manifestations organisées par la section pour sa communication interne ou externes sur tous types de supports.

**Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinés au secrétariat de l'association.**

**En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.**

**Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à :**

**ASLC Mairie de Flins sur Seine - 78410 FLINS SUR SEINE  
Mail : aslc78410@gmail.com**

Fait à :

le :

Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SPECIFIQUES (allergies, contre-indication...)

.....