



FEUILLE D'INSCRIPTION SAISON 2021-2022

LICENCE :

Nom du licencié :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Date du certificat médical :

REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ENFANT MINEUR

	MÈRE	PÈRE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
TEL. DOM.		
TEL. PORT.		
EMAIL		
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 Mle 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 Fédération Française de Judo et des Sports Associés et des Clubs de Judo de l'ASLC FLINS autoriser le professeur, responsable des enfants pendant les cours, à prendre toutes décisions d'ordre médical en cas d'accident ou de malaise nécessitant l'intervention des services de secours permanents dans le local d'entraînement (ou lors de l'inscription) que tous les renseignements fournis de façon manuscrite au club de JUDO de l'ASLC FLINS sont récapitulés dans des fichiers informatiques (pour faciliter la gestion administrative) et pris connaissance des garanties d'assurance et avoir été averti de souscrire des garanties complémentaires par la FFJDA afin de bénéficier d'une meilleure indemnité en cas de blessure ou de décès de son enfant (ou enfant mineur) et avoir répondu à l'ensemble des questions de la fiche « Images fixes d'un enfant mineur » pour faire apparaître (ou non) l'enfant mineur pris à l'occasion de manifestations organisées par la section pour sa communication interne et sur 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 - Parc Jean Boileau - 78410 FLINS/SEINE

Mail : aslc78410@gmail.com

Fait à : le :/...../.....

Signature

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

.....