



FICHE D'INSCRIPTION

COURS



Cocher si imprimés complétés

SAISON 2025 / 2026

TÉL : 04 75 25 30 82

e-mail : crestjudo@gmail.com

NOM de l'adhérent (judoka) :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M / F (rayer la mention inutile)

Pour les personnes majeures

Coordonnées :

- Adresse :
- Code postal : & Ville :
- Téléphone portable et/ou domicile :
- Adresse e-mail :

Pour les personnes mineures

Coordonnées de la maman : NOM :

- Adresse :
- Code postal : & Ville :
- Téléphone portable et domicile :
- Adresse e-mail :

Coordonnées du papa : NOM :

- Adresse :
- Code postal : & Ville :
- Téléphone portable et domicile :
- Adresse e-mail :

Coordonnées autre personne (responsable légale/tuteur/...) : NOM :

- Adresse :
- Code postal : & Ville :
- Téléphone portable et domicile :
- Adresse e-mail :

Couleur de ceinture :

Date d'obtention :

AUTORISATION / AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

autorise :

- ma fille, mon fils

à participer aux activités de Crest Judo

- les responsables à faire pratiquer les premiers soins en cas d'urgence (toute personne)

TOUTE saison de judo et/ou jujitsu commencée au-delà des séances d'essai est due à l'année.

Date :

Signature (manuscrite) (veuillez imprimer et signer ce document afin de nous le remettre le jour de l'inscription)

RENOUVELLEMENT certificat médical obligatoire		NOUVEAU Licencié	
Sur passeport		certificat médical obligatoire ou questionnaire rempli	

TOUT JUDOKA SANS CERTIFICAT MÉDICAL ou questionnaire de santé rempli, NE SERA PAS ADMIS SUR LE TATAMI.