



Saison 2024/2025

INSCRIPTION  
**BABY JUDO**  
2019 / 2020



NOM :  
PRENOM : Sexe : M F  
Date de naissance : Lieu de Naissance :  
ADRESSE :

N° DE TELEPHONE :  
MAIL :

**Séances**

Lundi 17h00/17h45   
Mercredi 15h30/16h15  Choisir 1 séance parmi les 3 proposées  
Samedi 13h15/14h00

Certificat Médical :  Questionnaire de santé :

Montant de la cotisation : **235€**  
Chèque :  à l'ordre de « JUDO SAINT PRIX »  
Espèces :   
Chèques Vacances :   
Je souhaite recevoir une facture :

**IMPORTANT**

**Par mesure d'hygiène le passage du vestiaire  
au tapis se fait obligatoirement en claquettes**

Date : SIGNATURE

# ATTESTATION SANTE

Je soussigné(e), M / Mme.....

Père / Mère / Responsable légal de l'enfant.....

Certifie sur l'honneur avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé fourni par la Fédération Française de Judo pour

La prise de la licence JUDO  
Le renouvellement de la licence JUDO

Fait à le

Signature