



Saison 2024/2025

**INSCRIPTION
MINIME / CADET
2011 / 2012 2009 / 2010**

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

ATTESTATION SANTE

N° DE TELEPHONE :
 MAIL :

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

Séances

Mercredi 17h15/18h15
 Vendredi 18h30/19h30

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

Certificat Médical : Questionnaire de santé :

Montant de la cotisation : 250€

Chèque : à l'ordre de « JUDO SAINT PRIX »
 Espèces :
 Chèques Vacances :
 Je souhaite recevoir une facture :

Fait à _____ le _____

Signature

IMPORTANT

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

Date : _____ SIGNATURE