



Saison 2024/2025

INSCRIPTION
POUSSIN
2015 / 2016



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

N° DE TELEPHONE :
MAIL :

Séances

Lundi 18h45/19h45
Mercredi 13h30/14h30 Choisir 1 ou 2 séances parmi les 3 proposées
Samedi 14h00/15h00

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 :

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