

# Association Sportive Fourqueux – JUDO / JU-JITSU

## Fiche de pré-inscription Saison 2024 /2025

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce document avec soin et de signaler tout changement intervenant en cours d'année (adresse, téléphone, situation familiale, santé...). Les renseignements fournis sont confidentiels.

Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Né (e) le : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Entourez la case correspondante :

Tarif	le lundi	le jeudi	le lundi et le jeudi
Par inscrit	325 €	325 €	355 €
A partir de <b>deux inscrits par famille</b>	295 €	295 €	335 €
Dont 10 € de frais d'adhésion à l'Association Sportive de Fourqueux			

Prénom de la mère ou représentant légal : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail de la mère : .....@.....

Prénom du père : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse si différente : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail du père: .....@.....

Au besoin, autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

« <b>J'autorise mon enfant à rentrer seul des cours du Judo.</b> »	OUI – NON
« <b>J'autorise</b> les responsables de la section Judo de l'ASF et de l'ASF à se servir de nos données personnelles <b>pour me transmettre des informations concernant le Judo et l'ASF.</b> »	OUI – NON
« <b>J'autorise</b> les responsables de la section Judo de l'ASF à <b>photographier mon enfant et utiliser la photo dans les communications internes à la section et sur le site internet.</b> »	OUI – NON

### Autorisation du Responsable Légal de l'enfant pour une prise en charge médicale

Je soussigné (e) (prénom et nom) M., Mme, Mlle, \_\_\_\_\_

agissant en qualité de père, mère, tuteur, de (prénom et nom de l'enfant) \_\_\_\_\_

déclare autoriser mon enfant à participer à toutes les activités de la section Judo de l'A-S-F. J'autorise les responsables de cette section dont mon enfant fait partie à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris l'hospitalisation et l'opération. Je déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus mentionnées. En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de mon enfant ou moi même seront à ma charge. Les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

**Signature du responsable légal de l'élève ( mineur ) ou l'élève ( majeur )**

Ecrire « lu et approuvé » :

Prénom:

Nom:

date:

Signature: