



Association Sportive Fourqueux – JUDO / JU-JITSU

Fiche de pré-inscription Saison 2025 /2026

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	Vendredi (- 6ans)	lundi	jeudi	lundi et jeudi
Par inscrit	335 €	335 €	335 €	365 €
A partir de deux inscrits par famille	305 €	305 €	305 €	345 €
Dont 46 € de frais de licence FFJDA et assurance et 10 € 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 : _____

«J'autorise mon enfant à rentrer seul des cours du Judo.»	OUI – NON
« J'autorise les responsables de la section Judo de l'ASF et de l'ASF à se servir de nos données personnelles pour me transmettre des informations concernant le Judo et l'ASF.»	OUI – NON
«J'autorise les responsables de la section Judo de l'ASF à pniur le site internet. »	OUI – NON

UNIQUEMENT POUR LE COURS DU VENDREDI (moins de 6 ans)

J'autorise la prise en charge de mon enfant directement à l'école Charles Bouvard par le professeur de judo, le trajet jusqu'à la salle de de judo (Espace Pierre Delanoë) se faisant en pédibus	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: