



# JUDO CLUB ANGERS LA ROSERAIE



Site internet : <http://judoangerslaroseraie.wix.com/jcar>

## Autorisation de prises de vue et de diffusion des images

Je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom du représentant légal)

Adresse : .....  
.....

Adresse email : .....

Par la présente autorisation, j'accepte et j'autorise le club : Judo Club Angers La Roseraie à utiliser/exploiter, diffuser et reproduire, à titre promotionnel ou non, les photographies et vidéos prises reproduisant mon image ou celle de mon l'enfant :

..... (Nom et prénom)  
durant les activités du club, pour le monde entier et sans limite de temps, en tout format, sur tout support et par tout procédé (à titre d'exemples et de façon non-exhaustive : internet, produits multimédia, expositions, journaux, affiches, livres, dépliants, invitations...) ; et ce, notamment dans le cadre de la promotion du club.

Par la présente autorisation, je garantis le club : Judo Club Angers La Roseraie contre tout recours qui pourrait être formulé à un titre quelconque par moi-même ou par mes ayants-droits.

Fait à Angers, le : ..... Signature :

**MONTANT DE LA COTISATION : .....€**

BANQUE	AGENCE	N° CHQ / RECU	MONTANT

Questionnaire de santé et (ou) Certificat Médical : Oui  Non   
Licence fédérale : Oui  Non  1 Photo : Oui  Non   
Formulaire Carte Partenaire n° ..... Autre : .....



# JUDO CLUB ANGERS LA ROSERAIE

FICHE D'INSCRIPTION DU JUDOKA



Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Prénom : ..... Sexe : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone (fixe) : ..... (portable) : .....

## Autorisation parentale (pour un mineur)

Je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom du représentant légal)

Adresse : .....  
.....  
autorise mon fils ou ma fille.....

(Nom et prénom de l'enfant)

à participer pendant toute la saison sportive aux activités du Club.

## EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir :

Nom ..... Qualité..... Tel .....

Nom ..... Qualité..... Tel .....

**J'autorise les responsables du club à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.**

A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

RENSEIGNEMENTS UTILES :

Poids : ..... Allergies connues : .....

Autres : .....

- certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins.  
- certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an.

Signature des Parents ou tuteur, précédée de la mention : «Lu et approuvé»

Fait à Angers le .....