

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020/2021**

**E**

**Numéro de Licence** : .....

**Dojo à Cercottes**

Nom : .....	Prénom: .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....		Code Postale : .....
Ville.....	Tél. fixe : .....	Tél.portable : .....
Tél personne à joindre en cas d'urgence : .....		
Masculin/Féminin ( <b>rayez la mention inutile</b> ) Mail : .....		
Activité : Judo – Jujitsu – Taïso	Grade actuel : .....	Date dernier grade : .....
Enseignant : .....		
Profession du père : .....		Profession de la mère : .....

	Tarif	Total
<b>1 enfant : né entre 2007 et 2016</b>	Cotisation annuelle	52 €
	Frais de fonctionnement	25 €
	Licence fédérale	40 €
<b>TOTAL ANNUEL</b>		<b>117 €</b>

**Je déclare accepter :**

- Le règlement intérieur de l’U.S.Orléans Loiret Judo-Jujitsu affiché dans chaque salle.
- Que toute cotisation versée ne sera pas remboursée.
- Que les informations portées sur la fiche individuelle ci-dessus soient traitées informatiquement, sachant que la loi du 6 Janvier 1978 (article 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification et que ces informations peuvent faire l'objet d'une cession (rayon la mention en cas de refus)

Je soussigné(e),M/Mme.....agissant en qualité de PÈRE, MÈRE, TUTEUR (1) de.....

- Autorise- n'autorise pas (1) les responsables de l’U.S.Orléans Loiret Judo-Jujitsu à laquelle il (elle) adhère, à prendre en cas d'accident dans la pratique du sport, toute décision d'ordre médical et chirurgical ainsi que sa sortie de l'établissement où il aurait été admis, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.
- Autorise son transport en véhicule personnel pour les déplacements sportifs organisés par le club.
- Autorise la diffusion de sa photo individuellement et/ou en groupe sur le site internet et dans les dojos.

**Attestation QS sport :**

Je soussigné M/Mme....., atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Pour les mineurs :**

Je soussigné, M/Mme....., en ma qualité de représentant légal de ....., Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature « lu et approuvé » du représentant légal et/ou du sportif :**