ECULLY
ARTS MARTIAUX
SAISON 2025-2026

BULLETIN d'INSCRIPTION

JUDO

NOM	Prénom

Date de naissance	Sexe F/M		Saisie
			Réservé EAM

Adresse		Tél. 1	
		Tél. 2	
Code Postal		Tél. 3	
Ville		Email	

N° chèque	Montant	Nom du tireur
1		
2		
3		
Chèque pour Pass'sport		
Banque		

Section	Judo	Karaté	Aïkido	Self-défense			Saison
	XXXX						**2025**

Aucune inscription ne sera prise en compte sans que la cotisation ne soit complètement acquitée

Nom EAM	Observations

Autorisation médicale			
Certificat	**Questionnaire**	**Passeport**	**Non fournie**

	09.00 / 10.00	10.00 / 11.00	13.30 / 14.30	14.30 / 15,30	15.30 / 16,30	16.30 / 17.30	17.00 / 18.00	18.00 / 19.00	19.00 / 20.00	20.00 / 21.00
Lu							2021-2020	2019-2018	2016-2015 2014	
Ma							2020-2019	2018-2017	2013 et -	
Me			2019-2018	2021-2020	2017-2016	2015 et -				
Je							2021-2020	2019 à 2014	2013 et -	
Ve							2021-2020	2017-2016		
Sa										

Le montant total de l'adhésion reste toujours acquis au club. Aucun remboursement même partiel ne sera effectué.
Nous rappelons qu'en dehors des cours et des dojos, les enfants sont sous la responsabilité de leurs parents.

J'autorise le club à mettre en place toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident durant un cours.

Après avoir pris connaissance du règlement intérieur :

"*lu et approuvé*" **Date :**

Signature

TARIFS JUDO

Catégorie	Tarif
Adhérent **NON** ceinture noire	1 adhérent - 330€ (ou 3 x 110€)
	2 adhérents - 10% remise - 594€ (ou 3 x 198€)
	3 adhérents - 20% remise - 792€ (ou 3 x 264€)
Adhérent ceinture noire / étudiants	225€ (3 x 75€)

PRISE DE LICENCE MINEURS - ATTESTATION - Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] ……,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ……,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :

PRISE DE LICENCE MAJEURS - ATTESTATION - QS SPORT

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] ……,
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif :

REFUS DROIT À L'IMAGE

Je, soussigné(e) M/Mme [Prénom NOM] ……,
refuse par la présente, que les responsables de l'association Ecully Arts Martiaux diffusent les photographies sur lesquelles figurent moi-même et/ou mon enfant ……..,
dont je suis le/la responsable légal, en vue de la publication sur les différents supports de communication du club: site web ou page Facebook du club, email aux adhérents du club, support papier avec affichage au sein du club ou dans la presse.
Ce refus pourra être révoqué à tout moment, par lettre à l'adresse suivante :

- Ecully Arts Martiaux - 5 rue Jean Rigaud - 69130 Ecully

L présent refus est personnel, nominatif et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Date et signature