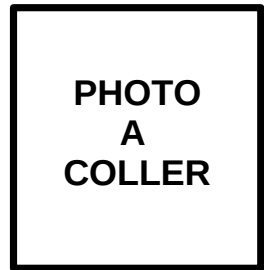


Formulaire d'inscription à remplir LISIBLEMENT.

**Stages**

- Été 1 : du 11 au 17 juillet 2021
- Été 2 : du 25 au 31 juillet 2021
- Été 3 : du 22 au 28 août 2021



Téléphone(s) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF (si aide VACAF)

\_\_\_\_\_

**INFORMATIONS JUDO**

Club : \_\_\_\_\_

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

Nom de l'enseignant :

\_\_\_\_\_

**ÉTAT CIVIL DU STAGIAIRE :**

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Sexe : masculin  féminin

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

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE –  
Personnes à prévenir :**

Prénom NOM : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SANTÉ :**

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il suivre un régime particulier ? OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies ? OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant suit-il un traitement ? OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Si votre enfant prend des médicaments, fournir la prescription.

N° de SS : \_\_\_\_\_

(fournir une copie de l'attestation de SS et de la carte mutuelle)

Régime de prévoyance complémentaire : OUI  NON

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION ET ATTESTATION  
PARENTALE :**

Je, soussigné \_\_\_\_\_,  
autorise les responsables à prendre les  
mesures d'urgences qui s'imposent en cas  
d'accident et autorise les déplacements  
dans les véhicules des responsables.

Vous attestez avoir pris connaissance et  
accepter les conditions générales de vente.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :

**Tente** OUI  NON

Nombre de places : \_\_\_\_\_