



COMITE DE L'AVEYRON JUDO, JUJITSU, KENDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES



Autorisation et décharge de responsabilité

Je soussigné (nom du responsable de l'enfant).....
Adresse.....code postal.....
Ville.....téléphone.....portable.....
Autres.....

Déclare en cas d'urgence autoriser l'encadrement à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant durant le stage (médecin, hospitalisation,...). Je m'engage à régler les frais inhérents aux mesures prises.

Numéro sécurité sociale :

Numéro mutuelle :

Votre enfant suit-il un traitement ? . oui . non

Si oui lequel ?.....

Observations médicales (allergies, crises....)

Le professeur de judo, M.....enseignant au club de
.....dont l'adresse est et le
numéro d'affiliation FFJDA estatteste savoir que mon élève
Nom.....Prénom.....date de naissance.....
Grade.....numéro de licence.....participe au stage
sportif et est apte à le suivre.

L'enseignant sera tenu informé en cas de problème de comportement de son élève :

Téléphone domicile.....portable.....

Les parents ou tuteurs légaux :

Nom et prénom :

Signature précédée de la de la mention lu et approuvé :

Le professeur de judo :

Nom et prénom.....

Signature précédée de la mention lu et approuvé.....

Le stagiaire :

Nom et prénom.....

Signature précédée de la mention lu et approuvé