



Affilié :



Ecole Lissiloise d'Arts Martiaux

Dossier pratiquant

Photo

Saison : ____/____ - ____/____ - ____/____ - ____/____ - ____/____ - ____/____

Pratiquant :

Prénom :

NOM :

Date de naissance :

Sexe :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Mel :

Tel :

Personne(s) à joindre si nécessaire : Tel 1 :

Tel 2 :

Pratique : Judo - Jujitsu

Médical : Certificat médical - Attestation après questionnaire - Apte à la compétition

Si le pratiquant est mineur ou sous tutelle : Coordonnée responsable(s) légaux

Prénom :

NOM :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Mel :

Tel :

Prénom :

NOM :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Mel :

Tel :

Je soussigné :

Mère - Père - Tuteur légal

De : (Prénom et Nom)

Né le :

L'autorise à pratiquer le Judo - Le Ju-Jitsu à l'ELAM, à participer aux différentes activités (Stages, compétitions, etc...)
J'autorise les responsables d'activité à mettre en œuvre toutes les mesures utiles en cas de nécessité.

Observations particulières :

Date et signature

Pour des raisons de sécurité, les mineurs et personnes sous tutelle doivent être accompagnées et récupérées dans le dojo