



JUDO CLUB SOIGNOLLES  
SPORT CHANBARA CLUB  
FITNESS CLUB SOIGNOLLES

**FACTURE** : oui / non

Nouvel adhérent / Renouvellement

Date de l'inscription : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

ACTIVITE(S) PRATIQUEE(S):

NOM DU REPRESENTANT LEGAL : \_\_\_\_\_

Nom du pratiquant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Fille :  Garçon :

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Adresse complète n° : \_\_\_\_\_ voie : \_\_\_\_\_

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

☎ Portable \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

- L'inscription au club entraine l'acceptation du règlement intérieur consultable sur le site

*Signature*

*Partie réservée au club, ne pas remplir*

**DOSSIER :**

- Cotisation (licence + cotisation club)
- Attestation « santé »
- Certificat médical

**MONTANT TOTAL** : \_\_\_\_\_ € **REDUCTION** : \_\_\_\_\_ € **MONTANT FINAL** : \_\_\_\_\_ €

**Ordre chèque** : **JCS** (Judo Baby gym FitAA CrosstrainingAA) **SCC** (MA ACRO Crosstraining enfant)

Moyen de paiement : ..... Montant(s) de chaque chèque : .....

Dossier complet le: \_\_\_\_\_

• **ATTESTATION « SANTE » pour les MINEURS**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ atteste, qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR et a répondu NON à l'ensemble des rubriques.  
À \_\_\_\_\_, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature

*OU*

• **ATTESTATION « SANTE » pour les PLUS DE 18 ANS**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste avoir renseigné LE QUESTIONNAIRE DE SANTE QS-SPORT CERFA N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.  
À \_\_\_\_\_, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature

*OU*

• **CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION**

Je soussigné(e).....

Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour.....

Né(e) le .....

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants :

- Judo/Self défense et Taïso en compétition (gymnastique, multiactivités, crosstraining et zumba/step)

Fait à : ..... le : .....

Cachet et signature du médecin :