



Dossier d'inscription 2024/2025

photo
Obligatoire

• Nom et Prénom de l'adhérent* : _____

Date de naissance* : ___ / ___ / _____

Couleur de ceinture actuelle et date d'obtention* : _____ / ___ / ___

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Commune* : _____

Téléphone* : _____ Email* : _____@_____

(Toutes les informations sont envoyées par mail)

• Responsables de l'adhérent (pour les mineurs)*:

1. Nom, Prénom et n° de tel: _____

2. Nom, Prénom et n° de tel: _____

• Personne à joindre en cas d'accident*:

Nom, Prénom et n° de téléphone: _____

*Champs obligatoires

DISCIPLINES PROPOSÉES:

• **JUDO** (cocher la catégorie correspondante à l'année de naissance de l'adhérent)

- Moustique (2019/2020/2021) COURS MOUSTIQUES **(PLACES LIMITÉES)**
- Mini Poussin (2017/2018)
- Poussin (2015, 2016) COURS MINI POUSSINS/POUSSINS
- Benjamin (2013, 2014)
- Minime (2011, 2012) COURS ADOS
- Cadet (2008, 2009, 2010)

• **TAISO / FITNESS JAPONAIS** - renforcement musculaire, cardio, relaxation
(A partir de 15 ans)

INFORMATIONS À FOURNIR:

• **Questionnaire santé** disponible sur notre site internet dans l'onglet **Inscriptions**

Si vous avez coché **OUI** à une des questions, vous devez présenter ce questionnaire à votre médecin et demander un certificat médical. Si vous avez coché **NON** à toutes les questions, vous devez compléter et signer l'attestation **Page 3**.

• **Informations importantes concernant la santé de l'adhérent:** (asthme, allergies, traitement médical...)

• En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance et être en accord avec les documents "Autorisations" et "La charte de l'association" consultables sur le site internet www.judorioz.fr dans l'onglet **Inscriptions**. En cas de désaccord avec ceux-ci, je me dois de fournir un document daté et signé visant à avertir le Président du club de Judo de Vesoul de mon intention, en stipulant explicitement ce à quoi je ne souhaite pas adhérer.



Bulletin d'adhésion 2024/2025

Dates séances d'essai:

- 1.
- 2.
- 3.

Règlement 40€ donné le:

___/___/___

MODES DE RÈGLEMENT:

(le règlement doit être donné au moment de l'inscription, sans quoi celle-ci ne pourra être prise en compte)

- **Chèque** (paiement possible en 5 fois)

DATE(S) ENCAISSEMENT	1ER MOIS (40€ obligatoire dès le premier mois si paiement échelonné)	2EME MOIS	3EME MOIS	4EME /5 EME MOIS
N° DE CHÈQUE(S) + MONTANT	n° _____ _____ €	n° _____ _____ €	n° _____ _____ €	n° ____ et ____ ____ et ____ €

- **Espèces** (paiement possible en 4 fois)

	1ER MOIS (40€ obligatoire dès le premier mois si paiement échelonné)	2EME MOIS	3EME MOIS	4EME MOIS
DATE D'ÉMISSION + MONTANT	___/___/___ _____ €	___/___/___ _____ €	___/___/___ _____ €	___/___/___ _____ €

- **Coupon sport / chèque vacances / Pass sport (ATTENTION A LA DATE DE VALIDITÉ)**

- Si toutefois vous n'avez pas reçu vos coupons sports/chèques vacances au moment de l'inscription, nous vous demanderons de régler un chèque de la somme due pour une adhésion à l'année. Celui-ci ne sera pas encaissé, mais sera conservé jusqu'à réception des coupons sports/chèques vacances. Nous nous réservons le droit d'encaisser ce chèque dès Décembre si nous n'avons pas reçu d'autre moyen de paiement d'ici là.
- **Merci de noter nom et prénom sur chaque coupon sport/chèque vacances.**

NOM ET PRÉNOM INSCRITS SUR LES COUPONS SPORTS/CHÈQUES VACANCES	
MONTANT	_____ €
DATE D'ÉMISSION	___/___/2024

- **Numéro PASS SPORT :**

Signature de l'adhérent:

Signature des responsables légaux
(si mineur):



Attestation sur l'honneur

(document obligatoire)

Pour les mineurs:

Je soussigné(e) Madame/Monsieur _____,
responsable légal de l'enfant _____ adhérent à
l'association depuis le ____/____/_____.

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du Questionnaire de Santé (CERFA
15699*01) consultable sur le site internet www.judorioz.fr, et avoir répondu NON
à toutes les questions qui m'ont été posées.

**Je suis consciente qu'une fausse déclaration expose mon enfant à un renvoi immédiat de
l'association dans laquelle il est adhérent.**

Signature de l'adhérent:

Date et signature du responsable légal:

Pour les majeurs:

Je soussigné(e) Madame/Monsieur _____,
adhérent à l'association Judo Rioz depuis le ____/____/_____.

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du Questionnaire de Santé (CERFA
15699*01) consultable sur le site internet www.judorioz.fr, et avoir répondu NON
à toutes les questions qui m'ont été posées.

**Je suis consciente qu'une fausse déclaration m'expose à un renvoi immédiat de
l'association dans laquelle je suis adhérent.**

Date et signature de l'adhérent: