FRANCE JUDO

TOUS AU JUDO !

CARTE DÉCOUVERTE

ESSAIE LE JUDO DANS UN CLUB PRÈS DE CHEZ TOI !



TROUVE TON CLUB !

À REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT DU CLUB

Nom du club : Judo Club Almont

Représentant du club : Didier SORIA

N° d'affiliation : 775710

Adresse postale : Gymnase Pierre LESPIAT, 72 Boulavard de l'Almont, 77000 Melun

N° téléphone : 0164526880 à partir de 18h

E-mail : Judo.almont@gmail.com

LES SÉANCES DÉCOUVERTES

Valable jusqu'au :

Séances effectuées : ☐ ☐ ☐

Tampon / signature du club :

ASSURANCE

Cette séance d'initiation comprend une assurance responsabilité civile et accident corporel prise en charge par la FFJDA. Pour en bénéficier, merci de bien vouloir remplir et signer ce document et le remettre au représentant du club avant la séance.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :

• Avoir pris connaissance des garanties des contrats d'assurance souscrits par la fédération, auprès de la SMACL Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances (contrat n°262938/C), pour cette séance d'initiation telles qu'indiquées dans la notice qui lui a été remise*.

SMACL Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances RCS Niort n°301 309 605

• Avoir été informé de sa possibilité à souscrire personnellement des garanties d'assurance individuelle complémentaires.

• Ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique du judo, du jujitsu, du kendo et des disciplines associées de la FFJDA.

*UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE VIERGE COMPRENANT LA NOTICE D'ASSURANCE DOIT ÊTRE REMIS À L'INVITÉ ET LU PAR LUI AVANT SIGNATURE.

POUR LES ENFANTS MINEURS

Ce document doit être rempli et signé par leur représentant légal.

Je soussigné(e) Madame ◯ Monsieur ◯

Nom : ..... Prénom: .....

responsable légal de

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... **autorise mon enfant à pratiquer/découvrir le judo**

Date : .....

Fait à : .....

Signature du responsable légal

POUR LES MAJEURS

Veuillez renseigner les informations demandées et signer ce document.

Je soussigné(e) Madame ◯ Monsieur ◯

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... N°de téléphone : .....

E-mail : .....

Date : .....

Fait à : .....

Signature du soussigné(e)

Le soussigné a le droit de demander que soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées, les données à caractère personnel le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées.