

Autorisation pour les mineurs à quitter le dojo seul à la fin des cours.

Je, soussigné (e)

Responsable légal

 Autorise mon fils / ma fille

Né(e) le

A quitter le dojo seul(e) à la fin du cours. Dans ce cas, je dégage Moissac Judo de toute responsabilité concernant mon enfant à l'extérieur du dojo.

 N'Autorise pas mon fils / ma fille

Né(e) le

A quitter le dojo seul(e) à la fin du cours. Dans ce cas, je m'engage à récupérer mon enfant dès la fin du cours et à l'intérieur du dojo.

Fait à, le

Signature**AUTORISATION : DROIT A L'IMAGE****Je soussigné(e) :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Ou**Pour les mineurs, représentant légal de : nom(s) du ou des enfant(s)**

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

 Autorise la personne déléguée par MOISSAC JUDO **N'autorise pas la personne déléguée par MOISSAC JUDO**à* : Photographier, filmer, interviewer lors des événements ou des activités organisées par l'Association, **pour la durée de validité de ma licence à Moissac Judo** et à compter de la signature de la présente autorisation.

Pour une utilisation sur son site internet et celui de la fédération de judo, sa page Facebook, dans la presse écrite ou radios locales.

MOISSAC JUDO s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation.

Je me reconnais entièrement rempli (e) de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à le

**Signature de l'adhérent ou du représentant légal, précédée de
« Bon pour autorisation »**

APPROBATION REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

Reconnais avoir été destinataire du règlement intérieur de Moissac Judo, d'en avoir pris connaissance et m'engage à le respecter ou à le faire respecter par mon ou mes enfants mineurs que je représente.

Fait à, le

Signature

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

....., atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

.....,

En ma qualité de représentant légal de (Prénom, NOM du ou des mineur(s))

.....,

.....,

.....,

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal



**FICHE DE RENSEIGNEMENT DU LICENCIÉ A
DISPOSITION DE L'ENSEIGNANT**
Photo identité

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Catégorie (à renseigner par le club)	
Téléphone	
Mail	
PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
Nom	
Prénom	
Téléphone	

A RENSEIGNER SI LE LICENCIÉ EST MINEUR :

PERE	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone	
Mail	
MERE	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone	
Mail	
PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
<i>Toute personne souhaitant informer l'enseignant à propos d'une remarque médicale particulière (allergie, asthme, blessure,) peut le faire directement auprès de son professeur. Cette remarque restera strictement confidentielle.</i>	