



FUMIKORI CLUB DONZEROIS

FFKDA LIGUE RHÔNE- ALPES

COMITE DRÔME-ARDECHE



SAISON 2020/2021

RENSEIGNEMENTS SUR LE LICENCIÉ	NOM :	Prénom :	Sexe : M – F (☐)	
	Date et lieu de Naissance :			
Adresse Habituelle :				
Téléphone :		E-mail :		
N° de Licence :				
Nom de la Personne à prévenir en cas d'Urgence, téléphone, adresse :				
RENSEIGNEMENTS SUR LES RESPONSABLES CIVILS	Père – Mère - Tuteur (☐)			
	NOM :	Prénom :		
Adresse Habituelle :				
Téléphone :		E-mail :		
CERTIFICAT MÉDICAL				
DATE	APTE	INAPTE	Signature et cachet du médecin obligatoire	OBSERVATIONS
AUTORISATIONS	Je Soussigné(e) : 1) autorise mon enfant à pratiquer les arts martiaux, et à ce titre, participer aux déplacements, compétitions, stages, sorties en plein air, organisés dans le cadre du calendrier officiel des fédérations, ligues, comités départementaux, associations déclarées et du club, au cours de l'année sportive. 2) autorise le responsable de l'accompagnement et/ou du séjour à : - faire soigner mon enfant, - faire pratiquer toute intervention d'urgence prescrite par le corps médical consulté et dans ce but, faire procéder, éventuellement, à une anesthésie générale. Je m'engage à rembourser le club des frais médicaux qu'il serait amené à engager à cette occasion.			

Lu et Approuvé (☐☐):

Date et Signature :

(☐) : rayer la mention inutile – (☐☐) : écrire en toute lettre