

Nouveau membre

Ancien membre

RÉF. : _____

PASSEPORT : _____



CLUB DE JUDO LA VIEILLE CAPITALE
Judo 2014 - 2015

NOM : _____ PRÉNOM : _____

AGE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

SEXE : M. F.

OCCUPATION : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE RÉS. : _____ BUR. : _____ CEL. : _____

E-MAIL : _____

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE OU ALLERGIE ? OUI NON

SI OUI, LAQUELLE OU LESQUELLES ? _____

DEVEZ-VOUS PRENDRE UN MÉDICAMENT OUI NON

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI VOUS AVEZ D'AUTRES PROBLÈMES PHYSIQUES, PATHOLOGIQUES OU AUTRES
VEUILLEZ LES INDIQUER.

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI UNE OPÉRATION ? OUI NON

SI OUI, LAQUELLE ? _____

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

TÉLÉPHONE RÉS. : _____ CEL. : _____

PAR LA PRÉSENTE, J'ADHÈRE AU CLUB DE JUDO LA VIEILLE CAPITALE ET ACCEPTE LES RISQUES
INHÉRENTS À LA PRATIQUE DU JUDO

SIGNATURE : _____ FAIT LE : _____
(PARENT OU TUTEUR SI MOINS DE 18 ANS)

DÉBUT LE : _____