



Nom de l'enfant :		Prénom :	
Date de naissance :		Répondant légal (Nom) :	
Le courrier doit être adressé à Nom, Prénom :			
Rue et N° :			
Code postal :		Localité :	
Tél. privé :		Tél. prof. :	
Mobile :		E-mail :	
Assurance Accident de l'enfant (compagnie) :			
Assurance RC/Ménage :			
Tétanos (date du dernier vaccin ou rappel):			
Nom du médecin traitant :		Tél. :	
Personne à contacter en cas d'urgence (mère, père, parents, amis) :			
Nom :		Tél. :	
Remarques particulières :			
J'autorise mon enfant à rentrer seul après le stage:	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Non			
Je soussigné/e inscrit mon enfant avec son consentement à l'activité organisée par le Judo Club Champel. Je lui ai rappelé qu'il doit respecter les consignes données par les professeurs et moniteurs, ainsi que les règles de prudence habituelles. En cas d'urgence, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté. Je me déclare prêt/e à m'acquitter envers le Judo Club Champel des sommes qu'elle aurait à déboursier pour les soins donnés à mon enfant qui ne seraient pas pris en charge par l'assurance maladie et accident de l'enfant. Dans le cadre de ses activités, le Judo Club Champel se réserve le droit de prendre des photographies et de les utiliser librement pour sa communication.			
Date		Signature du/de la répondant-e légal-e	