

**CLUB OLYMPIQUE MULTISPORTS D'ARGENTEUIL
SECTION JUDO**

STAGE ETE 2019

NOM : **PRENOM** :

NOM DES PARENTS SI DIFFERENT :

DATE DE NAISSANCE : **FILLE** **GARCON**

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE** :

PERSONNE A PREVENIR :

NOM **TEL 1** : **TEL 2** :

NOM **TEL 1** : **TEL 2** :

EMAIL :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALLERGIES : ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise

Je n'autorise pas

Que mon enfant soit filmé ou photographié dans le cadre des activités menées par le club et que son image puisse être diffusée dans des documents susceptible de faire l'objet d'une diffusion publique (site internet COMAJUDO.COM, revue club,...) à l'exclusion de toute exploitation commerciale et ce, durant l'année scolaire. Je prends note que cette autorisation ne donne droit à aucune contrepartie financière.

En qualité de représentant légal de l'enfant, je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du COMA JUDO.

FAIT A ARGENTEUIL LE

SIGNATURE :