

C.A.F. : **.DB.** : : Reçu n° \_\_\_\_\_  
 Salles : **.P.** Cours : Prof :  
 C.E. : **.RM.** : : **Montant**  
**total**

Licence(s) : judo \_\_\_\_\_ . jujitsu \_\_\_\_\_ . karaté \_\_\_\_\_ .  
 Passeport (s) : judo \_\_\_\_\_ . jujitsu \_\_\_\_\_ . karaté \_\_\_\_\_ .  
 Cotisation (s) : annuelle \_\_\_\_\_ . trimestrielle \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .  
 Carte remise le : \_\_\_\_\_ Reçus n° \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**PARTIE RESERVEE AU CLUB**

**BULLETIN D'INSCRIPTION JKCV 201...- 201...**

**63 rue Rémont  
78000 Versailles**

**Mail : [info@jkcv.fr](mailto:info@jkcv.fr)  
Web : [www.jkcv.fr](http://www.jkcv.fr)**

Photo  
d'identité

**Tél : 06 23 58 08 41**

Discipline : judo . jujitsu . karaté . Inscription ---- renouvellement  
 Non pratiquant . pratiquant . compétiteur . Changement de club :  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_  
 Sexe : masculin . féminin . Profession \_\_\_\_\_

N° de tél fixe : \_\_\_\_\_ N° port. 1 : \_\_\_\_\_  
**Personne à prévenir en cas d'accident** N° port. 2 : \_\_\_\_\_  
 Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pratique depuis : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_  
 Passeport délivré le : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_  
 Date du certificat médical : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_  
 Questionnaire médical : \_\_\_\_\_ précédant certificat médical : compétition non compétition

La nouvelle réglementation stipule qu'un certificat médical **pour le judo**, peut être valable pour une durée de trois ans, à condition de répondre à chaque début de saison à un questionnaire de santé. En conséquence, au cas où mon certificat médical ou celui de mon enfant date de moins de deux ans, je certifie avoir pris connaissance du questionnaire médical qui m'a été remis lors de l'inscription, et avoir répondu « non » à toutes les questions y figurant.

Toute réponse positive à l'une de ces questions nécessitera la présentation d'un nouveau certificat médical d'aptitude à la pratique du judo en compétition signé par votre médecin.

**Pour le karaté et le jujitsu, le certificat médical est obligatoire à chaque inscription ou réinscription**

Pour les mineurs . Responsable légal 1 :

Nom : \_\_\_\_\_  
 prénom : \_\_\_\_\_  
 adresse : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_  
 ville : \_\_\_\_\_  
 mail : \_\_\_\_\_

Pour les mineurs . Responsable légal 2 :

Nom : \_\_\_\_\_  
 prénom : \_\_\_\_\_  
 adresse : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_  
 ville : \_\_\_\_\_  
 mail : \_\_\_\_\_

j'autorise :

-mon enfant à pratiquer l'activité sportive choisie ci-dessus  
 -les dirigeants du club à prendre toutes les décisions utiles en cas de besoin (blessure, discipline ...)

-mon enfant à rentrer seul après son cours : **oui non**

-mon enfant à participer aux compétitions : **oui non**

dans le cadre stricte de sa promotion, j'ai été informé que le club pourrait faire paraître des photos de mon enfant sur le site internet du JKCV.

- j'ai été informé que le club prendra les licences par internet dans les fédérations des disciplines choisies.

Date et signature :