



JUDO ODOS (saison 2026-2027)

- ☐ Mail ☐ Téléphone ☐ Cotisation Date prise de licence : _____
☐ Allergies ☐ Certif. médical ☐ Couleur ceinture : _____ Numéro de licence : _____
☐ Drive ☐ Tableau gestion adhérents ☐ Gestion financière

Cadre réservé à l'administration

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Adresse : _____
Mail : _____ @ _____
Téléphone : _____

Tarifs :

- Cours _____ €/an
- Licence 46 €/an
- Passeport 8 € (valable 8 ans)

Total : _____ €

Cachet et signature d'un membre du bureau à
appliquer une fois le paiement effectué

Commentaires :

Âge	Prix trimestre	Prix année
Babys (5ans)	40 €	120 €
Enfants	50 €	150 €
Adultes 13 ans et plus	60 €	180€
Renforcement musculaire 13 ans et plus	40€	120€



JUDO ODOS (saison 2026-2027)

Autorisation de soins en cas d'accident ou de maladie aiguë :

En cas d'accident ou de maladie aiguë, en fonction des soins nécessaires, le responsable du club (professeur et/ou membre du bureau) fera appel soit au 18, soit au médecin traitant de l'enfant. Et vous préviendra le plus rapidement possible :

Nom, prénom (de l'enfant) : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° de Sécurité Sociale : _____

Nom de la mutuelle : _____

A signaler (allergies, traitements, contre-indications, etc.) : _____

Autres personnes à contacter en cas d'urgence (autres que père et mère) :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec la famille : _____

Tél. : ____ / ____ / ____ / ____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec la famille : _____

Tél. : ____ / ____ / ____ / ____

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : ____ / ____ / ____ / ____

Établissement choisi en cas de soins : Hôpital _____ Clinique _____

(Ce choix sera respecté dans la mesure où l'établissement d'accueil sera compatible avec l'état de l'enfant ou de l'adolescent.) Je soussigné(e), Monsieur, Madame** _____ (père ; mère ; responsable légal**), autorise tout examen, soin ou intervention chirurgicale nécessaire, autorise le responsable du club (professeur ou membre du bureau) à demander l'admission en établissement de soins.

(** rayer les mentions inutiles)

AUTORISATION PARENTALE (OU REPRÉSENTANT LÉGAL) POUR LES PERSONNES MINEURES.

Je soussigné _____, autorise mon fils, ma fille (1) désigné(e) ci-dessus à pratiquer le judo, renforcement musculaire (1) au club Judo Odos pour la saison 2026-2027.

☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts de l'association (affichés à l'entrée du dojo), les accepte, et m'engage à les appliquer et à les respecter. J'ai bien noté que la cotisation est annuelle et qu'aucun remboursement ne pourra avoir lieu. Je m'engage à être présent (ou une personne responsable signalée au professeur) 5 minutes avant la fin des cours afin de récupérer mon enfant.

☐ J'accepte la publication et la diffusion des photos de mon enfant ou de moi-même, faites dans le cadre des activités du club.

Date :

Signature (précédée de « Lu et approuvé ») :

(1) : rayer les mentions inutiles.