

# FICHE D'INSCRIPTION

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Né(e) le : .....

Numéro fixe : ..... Numéro mobile .....

Numéro bureau : ..... E-mail : .....

**Judo**

**Taiso**

Couleur de ceinture : .....

Nombre d'inscrit dans la famille : .....

Participera à : un cours par semaine  A deux cours par semaine

## Tarifs :

Licence obligatoire : 40€

- Eveil judo (2014-2015) : 30 €/trimestre pour 1h00 de cours / semaine
- Enfants (2010-2013) : 51€/trimestre pour 2h00 de cours/semaine
- Benjamins à minimes (2006-2009) : 51€/trimestre pour 2h00 de cours/semaine
- Adultes (2005 et avant): 63€/trimestre pour 2h00 de cours/semaine
- Taiso : 51€/trimestre pour 2h00 de cours/semaine
- 30 €/trimestre pour 1h00 de cours pour toutes catégories

Un **tarif de 10€** hors licence sera appliqué à partir d'un troisième membre de la même famille( Frères, sœurs ou parents) sur la **cotisation la moins chère**.

La licence et les cotisations doivent être payées lors de l'inscription.

La cotisation annuelle peut être payable en 3 fois (retrait des chèques les : 1er Décembre -1er Février-1er Mai).

Possibilité de régler avec les chèques ANCV.

Règlement chèque  Licence : ..... Trimestre 1 : ..... Trimestre 2 : ..... Trimestre 3 : .....  
(daté au 01/12/17) (daté au 01/02/18) (daté au 01/05/18)

Règlement espèce  Licence : ..... Trimestre 1 : ..... Trimestre 2 : ..... Trimestre 3 : .....

### Père

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

Numéro fixe : ..... Numéro mobile .....

Numéro bureau : ..... E-mail : .....

### Mère

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

Numéro fixe : ..... Numéro mobile .....

Numéro bureau : ..... E-mail : .....

### En cas d'urgence prévenir :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

Numéro fixe : ..... Numéro mobile .....

Numéro bureau : ..... E-mail : .....

Je soussigné ..... autorise Mr, Mme ..... à récupérer mon enfant **à l'intérieur du dojo.**

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)..... (Représentant légal) de..... autorise les dirigeants de l'A.E.L JUDO MAULEON à faire pratiquer les soins d'urgence sur mon enfant en cas d'intervention médicale.

Etablissement souhaité :                      Hôpital d'Oloron                       Hôpital de St Palais

Si clinique, laquelle ? .....

Observations éventuelles (allergies, médicaments ....) : .....

.....

### **Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur**

Signature

Date :  
"lu et approuvé"

Représentant légal  
(Nom et qualité)