



# LES ARTS MARTIAUX D'ECOUFLANT

Site internet : <http://judoecoouflant.jimdo.com/>



## Autorisation de prises de vue et de diffusion des images

Je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom du représentant légal)

Adresse : .....

Adresse email : .....

Par la présente autorisation, j'accepte et j'autorise le club des ARTS MARTIAUX D'ECOUFLANT à utiliser/exploiter, diffuser et reproduire, à titre promotionnel ou non, les photographies et vidéos prises reproduisant mon image ou celle de mon l'enfant : ..... (Nom et prénom) durant les activités du club, pour le monde entier et sans limite de temps, en tout format, sur tout support et par tout procédé (à titre d'exemples et de façon non-exhaustive : internet, produits multimédia, expositions, journaux, affiches, livres, dépliants, invitations...) ; et ce, notamment dans le cadre de la promotion du club.

Par la présente autorisation, je garantis le club des ARTS MARTIAUX D'ECOUFLANT contre tout recours qui pourrait être formulé à un titre quelconque par moi-même ou par mes ayants-droits.

Fait à Ecoouflant, le : ..... Signature :



# LES ARTS MARTIAUX D'ECOUFLANT

## FICHE D'INSCRIPTION



Nom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone (fixe) : .....  
(portable) : .....

## Autorisation parentale (pour un mineur)

Je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom du représentant légal)

- autorise mon fils ou ma fille.....  
(Nom et prénom de l'enfant)

(\*) à participer pendant toute la saison sportive aux activités du Club.

## EN CAS D'URGENCE

### Personnes à prévenir :

Nom ..... Qualité..... Tel .....

Nom ..... Qualité..... Tel .....

- autorise les responsables de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté. A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

### RENSEIGNEMENTS UTILES :

Poids : ..... Allergies connues : .....

Autres : .....

- certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins.  
- certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an.

Fait à Ecoouflant le ..... Signature :

### Ne rien inscrire dans ce tableau S.V.P.

Licence Oui  Non  1 Photo Oui  Non  Autorisation parentale : Oui  Non   
Questionnaire de santé Oui  Non  Certificat Médical fourni (adultes): Oui  Non

A pris connaissance du règlement intérieur : Oui  Non

Montant de la cotisation : ..... Chèque de règlement N°: .....

Nom du titulaire compte chèque ..... Chèque de règlement N°: .....

si différent du nom de l'inscrit : ..... Chèque de règlement N°: .....

..... Pass activité Mairie N°..... % total : .....

..... Reçu Espèces N°: .....