



## ADHESION

Saison 2017 – 2018

NOM : .....		PRENOM : .....		GRADE : .....	
Sexe : .....		Date de naissance : ..../..../.....		à : .....	
Domicilé(e) N° .....		Voie : .....			
Code Postal : .....		Ville : .....			
Tel domicile : _ / _ / _ / _ / _ / _		Tel Bureau : _ / _ / _ / _ / _ / _			
Tel Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _		E-mail : .....@.....			

Je m'inscris au Dojo Bro Foën afin de pratiquer le judo, le jujitsu ou une discipline associée. **Je ne pourrai monter sur le Tatami (ou salle de musculation) qu'après avoir remis au club Le dossier Complet d'inscription (fiche d'adhésion, certificat médical portant la mention "né présente pas de contre-indication à la pratique du judo en compétition pour les judokas nés en 2007 et avant), la demande de licence FFDJA et le règlement.**

<input type="radio"/> Judo Enfants nés en 2011, 2012 et 2013 (cotisation 125€ + licence ffdja 37€) .....	162,00 €
<input type="radio"/> Judo à partir de 2010, jujitsu (cotisation 145€ + licence ffdja 37€) .....	182,00 €
<input type="radio"/> Taïso (cotisation 145€ + licence ffdja 37€) .....	182,00 €
<input type="radio"/> musculation – <b>à partir de 16 ans</b> – <u>2 photos obligatoires</u> (cotisation 145€ + licence ffdja 37€).....	182,00 €

### AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e) M.Mme NOM : .....		Prénom : .....		Qualité : .....	
Domicilé(e) N° .....		Voie : .....		Code postal : .....	
Ville : .....					
Tel domicile : _ / _ / _ / _ / _ / _		Tel Bureau : _ / _ / _ / _ / _ / _			
Tel Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _					
Représentant légal du mineur : Nom .....		Prénom : .....			
<input type="radio"/> Autorise les dirigeants du Dojo Bro Foën ainsi que leur représentants délégués, à prendre toute mesure nécessitée par mon état de santé ou l'état de santé de mon enfant (pour l'adhérent mineur) en cas d'hospitalisation d'urgence :					
1 : à Fouesnant, à le faire diriger en priorité sur		<input type="radio"/> le CH de Cornouailles <input type="radio"/> la clinique de .....			
2 : pendant les déplacements, à le faire diriger sur l'établissement hospitalier le plus proche					
Médecin traitant .....		Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _			

### REGLEMENT INTERIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance de l'extrait du règlement intérieur du Dojo Bro Foën, joint en annexe, et m'engage à le respecter

### DROIT A L'IMAGE

Je N'autorise PAS la diffusion par le Dojo Bro Foën de photos, vidéos, images de moi et/ou mon enfants mineur prises au sein du club ou en compétition, stages, ou sorties (site internet, réseaux sociaux du club, presse) à titre gracieux

<input type="radio"/> judo	<input type="radio"/> jujitsu	<input type="radio"/> taïso	<input type="radio"/> musculation
cotisations	Payée : .....	le .....	N° chèque .....
	Payée : .....	le .....	N° chèque .....
	Payée : .....	le .....	N° chèque .....
certificat médical <input type="radio"/>	Licence saisie le : .....		validée le : ..... visa : .....
Mention « lu et approuvé »		Date : _ / _ / _	signature : .....