**FICHE D’INSCRIPTION SAISON 2023-2024**

|  |
| --- |
| *Cadre réservé au club :*  Saisie Noethys  Commande licence  Règlement  Certificat médical  |

**RENSEIGNEMENTS CIVILS :**

**NOM :**……………………………………………………… **Prénom :** ……………………………………………...……

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : ………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………………………………………….………..

……………………………………………………………………………………………………………………….………..

Téléphone :……………………………………………… Portable licencié :………………………………………

Portable père :…..….……………………………………… Portable mère:…….……………………………………

Adresse Mail licencié : ……………………………………………………………………………………………………..

Adresse Mail père : ………………………………………... Adresse Mail mère : ……………………………………

***Renouvellement de licence :***

**Discipline** :………………………………………………………………………………………………….……………..

Numéro de licence : ……………………………………………………………… Ceinture : ………………………….

**DROIT A L’IMAGE :**

J’ACCEPTE - JE REFUSE***(1)***

que JE – MON ENFANT***(1)*** figure sur des prises de vues photographiques, des vidéos ou tout autre moyen audiovisuel, utilisés dans le cadre des entrainements, des évènements sportifs (compétition, rencontres amicales ou officielles, sorties...) et que certaines de ces prises de vues soient utilisées pour la publication de la vie du club (sur le **site internet** du club du Judo Aïkido Club Mazamet ([**http://judo-aikido-mazamet.fr**](http://judo-aikido-mazamet.fr)) ou sur un **site internet** de judo (ligue ou fédération), ou encore sur la page Facebook du club (elles pourront être utilisées dans la **presse locale ou nationale**. Ces documents pourront être stockés, diffusés sur tout moyen existant dans le club.

***Cette autorisation est valable pour toute la saison sportive 2023 - 2024 : elle n'est pas modifiable au cours de la saison.***

**Signature de l’adhérent ou du représentant légal de l’enfant :**

**(*Précédée de la mention lu et approuvé)***

***(1) Rayer la mention inutile***

**AUTORISATION MEDICALE *(si mineur)*:**

Je soussigné *(Nom & Prénom)* ……………………………………………………………………………………………..

Agissant en qualité de : mère – père ***(1)***

PERMETS  - NE PERMETS PAS  ***(1)***

aux responsables du Judo Aïkido Club Mazamet, de procéder aux démarches nécessaires, en cas d’accident de mon enfant, lors des compétitions et entrainements et autorise le corps médical en accord avec les responsables du Judo Aïkido Club à prendre toutes les dispositions nécessaires (analyses, radiologies, examens complémentaires, etc …) concernant la prise en charge de mon enfant.

**Signature du représentant légal de l’enfant :**

**(*Précédée de la mention lu et approuvé)***

***(1) Rayer la mention inutile***

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:**

Liste des pathologies nécessitant une surveillance particulière :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Allergies médicamenteuses :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Allergies alimentaires :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**MEDICAMENTS – AUTORISATION PARENTALE DE TRAITER:**

En qualité de de représentants légaux, nous reconnaissons avoir été informés que, personne, dans l’équipe dirigeante ou sportive du club, n’est titulaire d’un diplôme l’autorisant à délivrer un médicament à l’enfant visé par la présente fiche d’inscription. Nous autorisons, en déchargeant le club, ses dirigeants et enseignants de leur responsabilité et en l’endossant pleinement, à administrer le traitement suivant à l’enfant visé par la présente fiche d’inscription. Nous remettons, conjointement à cette autorisation et à cette décharge, une copie de l’ordonnance médicale et le protocole de soin associé au médicament cité ci-dessous qui décrira précisément dans quel cadre et sous quelles conditions de médicament pourra ou devra être administré.

Nature de la pathologie : …………………………………………………………………………………………………

Nom du médicament : ………………………………………………………………………………………...………….

Date de remise de l’ordonnance : ...………………………………………………………………………………………

Date de remise du protocole de soin : …………………………………………………………………………….……

Père - Nom, Prénom : ………………………………. Signature :

Mère - Nom, Prénom : ………………………………. Signature :

Tuteur - Nom, Prénom : ………………………………. Signature :