



NOM DE L'ADHÉRENT(E) : .....

PRÉNOM DE L'ADHÉRENT(E) : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

COURS : .....

- EVEIL (2-3 ans)
- BABY (4-5 ans)
- PRÉ -POUSSIN (6-7 ans)
- POUSSIN (8-9 ans)
- BENJAMIN (10 à 13 ans)
- ADULTE ( à partir de 14 ans)

Pré-inscription en ligne :



-Adresse: Gymnase RACINE, 94 Boulevard Du Général Leclerc, 92110 CLICHY

- Site: [www.asjj.fr](http://www.asjj.fr)

- Email : [contact@asjj.fr](mailto:contact@asjj.fr)

- Téléphone : 06.58.85.10.35

## SAISON SPORTIVE : 2024-2025

Chaque adhérent peut, s'il le désire, annuler son inscription par lettre, avant le 30 Septembre. Après cette date, l'inscription est considérée comme acquise à l'association.

### Coordonnées Adhérent ou représentant(s) légal(aux):

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL 1 : ..... TEL 2 : .....

MAIL : .....

Si mineur, NOM et PRÉNOM du/des représentant(s) légal(aux) : .....

Lien de parenté : .....

ACTIVITÉ PRATIQUÉE : JUDO JUIJITSU **Dojo au Gymnase Racine**

- J'autorise l'adhérent(e) mineur(e) susnommé(e) à quitter la structure à la fin des cours seul(e).
- J'autorise l'utilisation de ma photo (la photo de l'adhérent(e) mineur(e)) pour le site officiel de l'ASJJ, ainsi que ses divers médias, réseaux sociaux, ou documents réalisés au nom de l'ASJJ.
- J'autorise le transport de mon enfant en voiture par des bénévoles de l'ASJJ à l'occasion de sorties organisées par le Club.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ASJJ Clichy figurant sur le site du Club, et déclare par la présente en accepter son application, et autorise le club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident survenant à mon enfant, pendant les entraînements et les compétitions.

PARTIE RÉSERVÉE AU BUREAU : DOSSIER REÇU LE : ..... PAR : .....

| RÈGLEMENT | ESPÈCE | CHÈQUE | VIREMENT | PASS SPORT | CAF | LABAZ | ANCV |
|-----------|--------|--------|----------|------------|-----|-------|------|
|           |        |        |          |            |     |       |      |

NOM DU PAYEUR : ..... BANQUE : .....

| SI CHÈQUE EN 4X | VERSEMENT 1 | VERSEMENT 2 | VERSEMENT 3 | VERSEMENT 4 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DATE            |             |             |             |             |
| NUM DE CHÈQUE   |             |             |             |             |

CERTIFICAT MÉDICAL : OUI NON