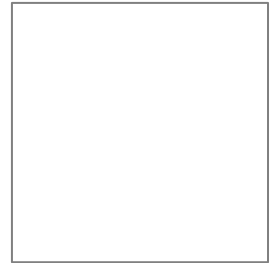


Judo Club de Gaillard-Vétraz-Monthoux
SAISON 2026-2027



Cours : _____ Grade : _____

Sexe M ☐ F ☐

NOM : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Nom de la mère pour les enfants : _____

Numéros de téléphone :

- Domicile : _____

- Portable : _____

- Travail : _____

Email (**obligatoire**): _____

Profession des parents (pour les enfants) :

- Père : _____

- Mère : _____

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone : _____

**EN CAS D'URGENCE, J'AUTORISE LE JUDO CLUB DE GAILLARD A PRENDRE
LES DISPOSITIONS NECESSAIRES**

Signature :

(pour les mineurs, signatures des parents obligatoire)

CERTIFICAT MEDICAL

OUI ☐

NON ☐