

NOM* de l'adhérent **Sexe*** Masculin Féminin

PRENOM* de l'adhérent

DATE DE NAISSANCE* / / **NATIONALITE*** Française Autre précisez
de l'adhérent J J M M A A A A

LIEU DE NAISSANCE*

ADRESSE*

CODE POSTAL* **VILLE***

PORTABLE* de l'adhérent s'il est majeur, sinon celui d'un parent - - - -

PORTABLE des parents au minimum l'un des deux

Père - - - - **Mère** - - - -

PORTABLE A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT* - - - -

AUTORISATION A PARTIR SEUL DU COURS: OUI NON

AUTORISATION DE PRENDRE DES PHOTOS*: OUI NON



PORTABLE(S) à ajouter au groupe Whatsapp du club* un numéro minimum

Numéro	A qui appartient ce numéro? père, mère, adhérent, grand-parents...
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>

PROBLEMES DE SANTE CONNUS* (Allergies, maladie, antécédents notables...)



En signant ci-après, j'autorise le responsable du cours à prendre toutes les mesures nécessaires pour ma santé ou celle de mon enfant ; y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté

SIGNATURE*:

NOM: Prénom:.....

Adhérent majeur Tuteur légal de l'adhérent mineur Fait à le .../.../2023

CERTIFICAT MEDICAL ET AUTORISATION PARENTALE

A remplir sur le **passport sportif obligatoirement** pour les anciens adhérents, à scanner et joindre à votre inscription Sportyneo

Pour les **nouveaux**, faire remplir la case ci-après **directement par le médecin** →

En signant ce document je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et l'accepter dans sa totalité

SIGNATURE*:



AUTORISATION PARENTALE

J'autorise (mon fils, ma fille).....

.....

à pratiquer le Taekwondo et les Disciplines associées en compétition.

Le.....à.....

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, certifie avoir pris connaissance des règlements fédéraux⁽¹⁾ de la FFTDA et avoir examiné

M^{me}, M.....

.....

qui ne présente pas, ce jour de contre indication, pour le Taekwondo et les

Disciplines Associées :

(rayer la mention inutile)

- à la pratique hors-compétition
- à la compétition

Date.....

Cachet et Signature

(1) Consultable sur www.fttda.fr