

**NOM\*** de l'adhérent

**PRENOM\*** de l'adhérent

**DATE DE NAISSANCE\***  /  /   
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

NOM: ..... Prénom:.....

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

**SIGNATURE\*:**

**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\*:**

**TIMBRE  
DE  
LICENCE**

**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<sup>(1)</sup> de la FFTDA et avoir examiné

M<sup>me</sup>, 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.fft-da.fr