

Horaires et Tarifs judo Club de Vermand 2024/2025					Tarifs	
	Catégories	Années Naissance	Lundi	Mercredi	Licence FFJDA	Cotisation Club
Petits Samourais	Eveil Judo	2021, 2020, 2029 3, 4 et 5 ans		17h00 - 17h45	41 euros	100 euros
Jeunes Samourais	Prés-poussin(ne)	2018/2017 6 et 7 ans		18h00- 19h30		
	Poussin(ne)	2016/2015 8 et 9 ans				
Samourais Ado/Adultes	Benjamin(ne)	2014/2013 10 et 11 ans				
	Minimes et plus	2012/2011 et adultes				

Les cours du Lundi et Mercredi se déroulent au Musée 2ème étage, rue de la Chaussée Romaine à Vermand.

INFO TARIFS ET PAIEMENT

TARIF UNIQUE POUR TOUS ET TOUTE L'ANNEE

Afin de faciliter le paiement de la cotisation aux familles, il est possible de fractionner le montant en plusieurs fois.

Fractionnement possible jusqu'en décembre 2024

Nous acceptons, les bons ANCV, les COUPONS SPORT, les bons CAF et le formulaire original PASS'SPORT si vous en êtes bénéficiaire.

Certificat médical / Questionnaire QS SPORT et attestation

Le certificat médical reste obligatoire pour une nouvelle licence. Pour le renouvellement; remplir le questionnaire sport.

Nous remettons un questionnaire sport aux parents et une attestation à nous remplir.

CONTACTS

Mail : judovermand@gmail.com 06 32 75 99 67 (Président) Site WEB : <https://judoclubvermand.com/>

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR LE CLUB

JUDO CLUB DE VERMAND

(à remplir obligatoirement par un médecin)



CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE DU JUDO

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour Mme, Mlle, Mr :

Nom : Prénom :

né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, des signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du judo en entraînement et animations, y compris en compétition.

À.....

Le.....

Cachet du Médecin

Signature

**EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ADHERENT
DANS SON PASSEPORT**

JUDO CLUB DE VERMAND

(à remplir obligatoirement par un médecin)



CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE DU JUDO

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour Mme, Mlle, Mr :

Nom : Prénom :

né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, des signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du judo en entraînement et animations, y compris en compétition.

À.....

Le.....

Cachet du Médecin

Signature

JUDO CLUB DE VERMAND



Nouvelle licence Déjà licencié

Nom: Prénom :

Date de naissance:/...../..... Ceinture : CB/BJ/CJ/JO/CO/OV/CV/CBL/CM/CN

n° de licence:

Certificat médical en compétition

RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville.....

Tel fixe :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../.....

Tel du conjoint :/...../...../...../.....

Mail :@.....

Cadre réserver au club

Licence : 41€

Cotisation 100 euros

Paiement : Espèces Chèque Nbre de chèque

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné (e) (nom et prénom)représentant légal de
(nom et prénom du mineur) Déclare autoriser le club de judo à
faire paraître sur tous supports (journaux, plaquette , site internet du club, facebook...) les
photographies ou films sur lesquels mon enfant peut figurer

Autorisation parentale

N° de téléphone en cas d'urgence :/...../...../...../.....

N° de Sécurité Sociale

Je soussigné (e) (nom et prénom)représentant légal de
(nom et prénom du mineur)

- Déclare autoriser nom fils/ma fille à participer aux activités de l'association
- Déclare autoriser nom fils/ma fille a quitter seul (e) les locaux de l'association sous ma responsabilité
- Déclare autoriser nom fils/ma fille à participer aux déplacements lors des sorties effectuées par l'association et déclare dégager de toute responsabilité l'association concernant les blessures et dommages occasionnés par mon fils/ma fille à soi-même ou à un tiers.
- Déclare également dégager de toute responsabilité les personnes utilisant leur véhicule en tant qu'accompagnateur lors du transport de mon fils/ma fille pour les sorties organisées dans le cadre des activités du club concernant toutes blessures ou dommages pouvant lui être occasionnés et éventuel accident ou tout autre événement pouvant survenir.
- Déclare autoriser le responsable de l'association ou l'un de ses représentants à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de mon fils/ma fille.
Par ailleurs,
 - Je certifie que mon fils/ma fille est à jour de tous ses vaccins
 - Je certifie avoir remis le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition.

Fait à

Le/...../.....

Signature du responsable légal
(Précédée de la mention "lu et approuvé")