

# Fiche d'inscription et de décharge de responsabilité

---

## Inscription

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de licence : \_\_\_\_\_

Club : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_

---

## Renseignements complémentaires

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Maladie(s) à connaître : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitement médical en cours<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personne(s) à prévenir en cas de besoin :

① Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

② Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale du représentant légal : \_\_\_\_\_

Caisse chirurgicale mutualiste : \_\_\_\_\_

## **Autorisation et décharge parentale<sup>(2)</sup>**

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
autorise mon fils ou ma fille<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
à participer au :

### **Stage interdépartemental minimex à Yssingaux (43), du 13 au 15 février 2023**

Stage sportif organisé, dans le cadre de ses activités, par le :

**Comité du Cantal de Judo**  
130 avenue du Général Leclerc  
15000 Aurillac

De plus, j'atteste sur l'honneur que les informations données précédemment sont exactes et vérifiables à tous moments par les organisateurs du stage.

Par ailleurs, j'autorise et décharge de toutes responsabilités la Fédération Française de Judo, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Judo, le Comité du Cantal de Judo et leurs cadres, à prendre toutes les dispositions qu'ils jugeront utiles et nécessaires, plus particulièrement pour une intervention médicale et/ou chirurgicale d'une part et d'autre part, en cas de non respect des consignes et des règles établies ainsi que des suites éventuelles qu'elles pourraient entraîner.

Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Signature(s) :

\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Joindre une copie de l'ordonnance

<sup>(2)</sup> A remplir par les parents ou le représentant légal

<sup>(3)</sup> Rayer la mention inutile