CARTE DÉCOUVERTE

FRANCE JUDO



ENTRE DANS LE GAME

À REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT DU CLUB

Nom du club :	JUDO CLUB ARLESIEN	N° d'affiliation :	CL 013 0220
Représentant du club :	TUAL PASCAL		
Adresse postale :	DOJO ROBERT MAUGET ARLES — RUE DE FULDA GRIFFEUILLE		
N° téléphone :	06.23.95.21.13	E-mail :	jcarlesien@free.fr

LES SÉANCES DÉCOUVERTES

Valable jusqu'au :	01/01/2027	*Tampon / signature du club :*
Séances effectuées :		



REJOINS L'AVENTURE FFJUDO.COM

ASSURANCE

Cette séance d'initiation comprend une assurance responsabilité civile et accident corporel prise en charge par la FFJDA. Pour en bénéficier, merci de bien vouloir remplir et signer ce document et le remettre au représentant du club avant la séance.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :

- Avoir pris connaissance des garanties des contrats d'assurance souscrits par la fédération, auprès de la MARSH S.A.S en partenariat avec AXA FRANCE IARD (Contrats n°11383119004 (RC) - n° 22351748104 (IA), pour cette séance d'initiation telles qu'indiquées dans la notice qui lui a été remise*.

MARSH S.A.S - Société de courtage d'assurances immatriculée sous le numéro 572 174 415 au RCS

- Avoir été informé de sa possibilité à souscrire personnellement des garanties d'assurance individuelle complémentaires.

- Ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique du judo, du jujitsu, du kendo et des disciplines associées de la FFJDA.

*UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE VIERGE COMPRENANT LA NOTICE D'ASSURANCE DOIT ÊTRE REMIS À L'INVITÉ ET LU PAR LUI AVANT SIGNATURE.

POUR LES ENFANTS MINEURS

Ce document doit être rempli et signé par leur représentant légal.

Je soussigné(e) Madame ◯ Monsieur ◯

Nom : ..... Prénom: .....

responsable légal de

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... **autorise mon enfant à pratiquer/découvrir le judo**

Date : .....

Fait à : .....

Signature du responsable légal

POUR LES MAJEURS

Veuillez renseigner les informations demandées et signer ce document.

Je soussigné(e) Madame ◯ Monsieur ◯

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... N°de téléphone : .....

E-mail : .....

Date : .....

Fait à : .....

Signature du soussigné(e)

Le soussigné a le droit de demander que soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées, les données à caractère personnel le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées.