

FICHE D'INSCRIPTION - JUDO

RENSEIGNEMENTS SUR L'ATHLÈTE

Nom:		Prénom:	
Âge:	Date de naissance:	Sexe: M 🗆	F 🗆
Assurance-maladie:			
Adresse:			_
Ville:		Code Postal:	
Tél. (rés):		Tél. (Cell):	
Souffrez-vous d'une m	naladies ou allergie :	oui □ non □	
Si oui, la ou lesquelles	?		
Devez-vous prendre u	n médicament particulier?	? oui □non □	
Si oui, lequel?			
		nologiques ou autres, veuillez	·
•	ne opération ? oui 🏻 nor	n 🗆	
Si oui, laquelle ?			

105 Curée Labelle, Laval, QC, H7L 2Z1 Tél : 514 607 5351

E-mail: Judoclubararat@gmail.com

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

		Nom	Prénom	Téléphone	Courriel	Adresse
	/lère					
IV.	here					
Р	ère					

À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Lien de parenté	Nom	Prénom	Téléphone

TARIFS ET HORAIRES

Groupe	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Samedi	1cours/sem.	2 et 3 cours/sem.
3-5 ans				18:30-19:30		1 mois/60\$ 3 mois/160\$ 1 an/600\$	1 mois/90\$ 3 mois/250\$ 1 an/900\$
6-7 ans	18:30-19:30		18:30-19:30				
8-10 ans		18:30-19:30			10:00-11:00		
11 ans et +		19:30-21:00	19:30-21:00		11:00-12:30		

^{*}Rabais pour les familles: -15% pour le 2e enfant, -25% pour le 3e enfant

MÉTHODE DE PAIEMENT

Comptant \square

105 Curée Labelle, Laval, QC, H7L 2Z1

Tél: 514 607 5351

E-mail: Judoclubararat@gmail.com

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES À AJOUTER
RÈGLEMENT DU CLUB
 ✓ Le port du judogi est obligatoire ✓ Vous devez informer l'entraîneur pour tout problème de santé ou blessure ✓ Les ongles des doigts et des orteils doivent être coupés ✓ Aucun remboursement après le premier cours
Par la présente, j'adhère au club et accepte les risques inhérents à la pratique du judo.
Nom, prénom
Signature (parent ou tuteur si moins de 18 ans):
Date:

105 Curée Labelle, Laval, QC, H7L 2Z1 Tél : 514 607 5351

E-mail: Judoclubararat@gmail.com