



CERTIFICAT MEDICAL OK

PAYE

ACTIVITE. **JUDO**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

pièce a fournir **certificat médicale obligatoire**

	<i>Nbre Pers.</i>	<i>Licence</i>	<i>TARIF</i>
<i>Judo</i>			
<i>Mardi</i>			
<i>Jeudi</i>			
<i>Mardi_Jeudi</i>			
<i>Kimono Divers</i>			
<i>Total</i>			

**Site Internet du judo :** <http://www.judovilliers.fr>

J'autorise  je n'autorise pas

La publication de photos de mon enfant sur ce site, sachant que cette photo pourra en être retirée à tout moment sur ma demande.

~~mode de règlement~~

chèque

espèces

montant 1<sup>er</sup> chèque \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

montant 2<sup>ème</sup> chèque \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

montant 3<sup>ème</sup> chèque \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Signature :