



CERTIFICAT MEDICAL OK

PAYE

ACTIVITE. **JUDO**

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ code postal _____

Tel _____ Portable _____

Adresse e-mail _____

Pièce à fournir : certificat médical obligatoire

Site Internet du judo

www.judo.villers.free.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^{er} chèque _____ date _____

montant 2^{ème} chèque _____ date _____

montant 3^{ème} chèque _____ date _____

Signature :