



**COS JUDO
SARTROUVILLE**

FICHE SANITAIRE
(LISIBLE ET EN MAJUSCULES)

Je soussigné(e)

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Tel : **Mail :**

Adhérent(e) Mon conjoint(e) Mon – Mes enfants

1/..... 2/.....

3/..... 4/.....

5/..... 6/.....

Autorise le responsable de l'encadrement du Cos Judo à faire pratiquer tous soins médicaux, urgents (Y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous vaccins (Tétanos, etc...)

Questionnaire pour les enfants mineurs

Ou

Certificat médical pour les majeurs mention "pour la pratique du Judo ou du Taïso"(obligatoire)

EN CAS D'URGENCE, PERSONNES A PREVENIR :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

La responsabilité du Cos Judo ne saurait être engagée pour tous les trajets extérieurs au dojo

- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (consultable sur le site)
- L'inscription au Cos judo implique l'acceptation du règlement intérieur
- J'autorise le club à m'envoyer les informations par E-mail / Newsletters

Fait à

Le

Signature



DROIT A L'IMAGE
Objet : Autorisation Photos et Vidéos
(LISIBLE ET EN MAJUSCULES)

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : Mail :

Adhérent(e) Mon conjoint(e) Mon – Mes enfants

1/..... 2/.....

3/..... 4/.....

5/..... 6/.....

Autorise, à titre gratuit **le COS JUDO**

- à filmer, photographier et/ou enregistrer
 - à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/vidéos
 - à diffuser ces images/vidéos sur les supports du club (site Web du club, journal interne, « Newsletter », presse locale sans limite dans le temps).
- Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à :

COS JUDO 123 AVENUE DE TOBROUK 78500 SARTROUVILLE

Je m'engage à ne pas tenir responsable la structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

RGPD : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Les données sont conservées pendant 2 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données et également vous opposer au traitement de vos données et exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Fait à

Le

Signature