

STAGE COMPETITION
BENJAMINS / BENJAMINES
LORMONT
MERCREDI 30 OCTOBRE 2019

Ce stage aura lieu :

DOJO FEDERAL DE LORMONT
153 Rue Izzet Koç - Maison des Sports les Iris - LORMONT

Accueil à 9h30, le mercredi 30 octobre - Fin de stage à 16h30

Nous te prions de bien vouloir te munir de ton judogi, pharmacie personnelle et **passport sportif à jour** (licence et certificat médical). Merci d'arriver en tenue civile afin de ne pas être en kimono pendant le repas.

La participation aux frais est fixée à 10 euros. Le repas du midi est fourni.

Afin de réserver ta place, demande à tes parents de nous **renvoyer l'autorisation parentale ci-jointe**, ainsi que **le règlement uniquement par chèque** (à l'ordre du comité de judo) par retour de courrier au **Comité Départemental de Judo** (153 rue Izzet Koç - BP 146 33305 Lormont).

Pour une confirmation d'inscription, joindre également une enveloppe timbrée à l'adresse du judoka (attention pas de confirmation sans enveloppe)

Nous te prions de bien vouloir nous retourner ta réponse, **avant le 21 octobre 2019**.

Pour **tous renseignements**, prendre contact avec le **secrétariat du Comité au 05.56.31.51.00**.

Souhaitant vivement ta présence, nous te prions de croire à l'assurance de nos sentiments sportifs les meilleurs.

Le Comité de Judo

INSCRIPTION STAGE COMPETITION
BENJAMINS / BENJAMINES
LORMONT

COUPON-REPONSE à renvoyer avec le règlement, impérativement avant le 21 octobre 2019, par courrier au :
COMITE DEPARTEMENTAL DE JUDO DE LA GIRONDE
153 rue Izzet Koç BP 146 33305 Lormont
Tel : 05 56 31 51 00 - Fax 05 56 31 66 00

NOM PRENOM

ADRESSE + VILLE

ADRESSE MAIL :

TEL N° de LICENCE

CLUB

N° SECURITE SOCIALE ANNEE NAISSANCE :

PARTICIPERA NE PARTICIPERA PAS

Signature du professeur :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Tél.....

- autorise mon fils / ma fille
à participer au stage Départemental de judo à Lormont le mercredi 30 octobre 2019.
- autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.
(En cas de refus rayer la mention)

À défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

- reconnaît avoir été informé(e) que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera qu'à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation et dans les heures indiquées.
- certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins.

En cas de besoin, numéro(s) de tél où je peux être joint rapidement

À : le :
Signature