

5 8 0 3 6 0 C.I.E IMPHY JUDO

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille (en cas de changement de situation) \_\_\_\_\_

Sexe (F ou M)  Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dojo: **A** A-B-C (à remplir par le club). Si le club à plusieurs dojo, les identifier par une lettre, les listes que vous recevrez seront classées par ordre alphabétique de dojo ainsi que les formulaires de renouvellement de licences.

Adresse complète - N° de rue : \_\_\_\_\_ Nom de rue \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Téléphone portable: \_\_\_\_\_

**Droit à l'image :** J'autorise la prise de photographie ou de film lors des cours ou de compétitions, éventuellement être publié dans le journal, sur le site internet du club ou sur la page Facebook du club :

Oui / Non (rayer la mention inutile)

Certificat médical : J'atteste être (ou que mon enfant est) titulaire d'un certificat médical valide établissant l'absence de contre-indication à la pratique :

- 1 du sport  ou Questionnaire (\*)
- 2 du sport en compétition  ou Questionnaire (\*)
- 3 licencié non pratiquant (exonéré de certificat médical)

(\*) Uniquement valable pour les 2 renouvellements suivant la dernière présentation d'un certificat médical et si le demandeur atteste avoir répondu "NON" à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé

- DONNEES PERSONNELLES (RGDP) - Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFJDA. A défaut, votre demande de licence ou renouvellement de licence ne pourra être prise en considération. Vous autorisez expressément la FFJDA à traiter et conserver par informatique les données vous concernant. La FFJDA vous informe qu'elle est susceptible de vous adresser, en tant que licencié, des informations sur les activités et la vie de la fédération et des disciplines fédérales. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour des données vous concernant auprès du service licences de la FFJDA [licences@ffjudo.com](mailto:licences@ffjudo.com), auprès de votre club via l'espace club ou directement via votre espace licencié.

Je souhaite recevoir par la FFJDA, des informations ou des offres notamment commerciales de partenaires économiques de la FFJDA (vos données personnelles ne seront pas transmises à ces partenaires) : OUI / NON

**- ASSURANCE :**

L'établissement de la présente licence permet à son titulaire de bénéficier de l'assurance Responsabilité Civile souscrite par la FFJDA auprès de SMACL Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. Par ailleurs, la FFJDA lui donne la possibilité de bénéficier de l'assurance Accidents Corporels, souscrite auprès de SMACL Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. Le soussigné déclare avoir pris connaissance et accepté l'ensemble de ces garanties telles qu'indiquées dans la notice d'information qui lui est remise ce jour. Le montant de l'assurance Accidents Corporels est de 2,30 € TTC.

L'adhésion à plusieurs disciplines fédérales n'entraîne pas le cumul de garanties d'assurances.

Le soussigné déclare avoir été informé, dans la notice d'assurance, des possibilités d'extensions optionnelles complémentaires aux garanties de base ou de toute autre garantie adaptée à sa situation qu'il peut avoir intérêt à souscrire personnellement auprès de SMACL Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances (bulletin de souscription disponible auprès du club ou téléchargeable sur le site Internet de la FFJDA [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com)) ou de l'assureur de son choix.

**GUIDE D'UTILISATION**

La présente demande de licence doit impérativement être datée et signée par l'adhérent ou son représentant légal  
LA NOTICE EST LUE AVANT LA SIGNATURE DES PRESENTES ET CONSERVEE PAR L'ADHERENT

Tout titulaire d'une licence fédérale s'engage à respecter les statuts et règlements de la FFJDA (recueil des textes officiels disponible auprès du club et sur [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com))

Représentant légal (nom et qualité)	" Lu et Approuvé " date et signature obligatoires	Date : ____ / ____ / 202_
--	--	---------------------------

Fédération Française de Judo, Ju-jitsu, Kendo et Disciplines Associées - Institut du Judo - 21/25, avenue de la Porte de Châtillon - 75680 PARIS Cedex 14  
Standard Général : 0140521550 - Service Licences : 0140521592 email : [licences@ffjudo.com](mailto:licences@ffjudo.com)

**Pour les mineurs, remplir le verso ...**

## Autorisation parentale CIE Imphy Judo

Je soussigné, Madame\*, Monsieur\*, .....

Père\*, mère\*, responsable légal\*                      Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : .....                      Ville : .....

Téléphone : Domicile .....                      Portable .....                      Professionnel.....

### Renseignements utiles

Problèmes de santé de l'enfant : .....

Allergies connues, autres: .....

Nom de l'assuré : .....

N° sécurité sociale : .....                      Mutuelle : .....

Certifie que l'enfant est à jour de ses vaccins.

Certifie avoir rempli le questionnaire de santé « QS sport » ou produit le certificat médical de non contre indication à la pratique du judo en compétition ou non datant de moins d'un an.

En cas d'urgence, personnes à prévenir :

Nom : .....                      Qualité : .....                      Téléphone : .....

Nom : .....                      Qualité : .....                      Téléphone : .....

**Autorise l'enfant** : ..... (Nom Prénom)

**Compétiteurs\*\*** : A participer pendant toute la saison sportive aux manifestations auxquelles son club l'inscrira.  
L'enfant s'y rendra sous la responsabilité d'un encadrant du club. L'enfant pourra être éventuellement transporté lors des compétitions par les personnes organisatrices.

**Autorise l'encadrement du CIE Imphy Judo\*\*** : A prendre toutes mes mesures nécessaires en cas d'accident, à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris hospitalisation) ou toute intervention qui s'avérerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté. En cas de défaut, l'enfant sera pris en charge par les services d'urgence.

Fait à .....                      Le.....

Signature du représentant légal :

(\* rayer les mentions inutiles – \*\* cocher les cases)