



Association JJCP

Judo Jujitsu Club Plesséen

Espace Omnisports Dieuleveult
169 avenue Maurice Berteaux - 94420 Le Plessis Tréville

Tel : 0609019283 mail : contact.jjcp@gmail.com

Facebook : [Judo Ju-Jitsu Club Plésséen - JJCP](#)

Site internet : <https://www.judo-jujitsu-club-plesseen.fr/>

Bulletin d'Adhésion - Saison 2023-2024

Tarifs de la saison (licence FFJDA, assurance et cotisation comprises)

Catégorie Baby Judo	200€	(à partir de 3ans)	<input type="text"/>
Catégorie Judo/Jujitsu enfants	260€	(à partir de 5ans)	<input type="text"/>
Catégorie Jujitsu/Judo adultes	295€	(+18ans)	<input type="text"/>
Ceinture noire	100€		<input type="text"/>

Le prix comprend la licence FFJDA, l'assurance, l'adhésion et les frais d'inscription *

Tarif pour les familles : au deuxième adhérent, une **remise de 20 euros** est appliquée sur le tarif

*** la licence de 42 euros et les frais d'inscription de 15 euros ne se seront pas remboursables**

Nom Prénom (En MAJUSCULE) *

Fille - Garçon Nom de jeune fille

Date de naissance/...../.....

Adresse postale

Ville et code postal

Tél fixe Tél port

Adresse Mail@..... (En MAJUSCULE) *

Dernier grade obtenu * : Date obtention * : *obligatoire

Profession du licencié ou des parents :

Personne à prévenir en cas d'accident : Mr ou Mme

NOS SPONSORS



NOS PARTENAIRES



Tel
.....

A remplir par le parent lors de l'inscription :

Nouveau Ancien Tarif famille NB

* Attestation médical * QS Sport (certificat moins de 3 ans)

*** Si plus de 3 ans**

Règlement : Catégorie Baby Enfants Adulte

Chèque Banque..... Virement * Date :

N° Chèque/...../..... * indiqué le nom et prénom de l'enfant en bénéficiaire

Chèque au nom de : Nom de l'enfant :

Espèces montant : * **EN UNE SEULE FOIS**

Acompte* montant : * justificatif d'attestation à remettre

Demande à Adhérer à l'association JJCP pour les activités de 2022/2023

Fait à : Le :

J'accepte de devenir **bénévole** et d'intégrer le groupe WHATSAPP ou être informé par mail

J'accepte de recevoir par mail **les informations du club**

J'accepte de recevoir par mail **des infos commerciales** des partenaires du club

Signature :

Si moins de 18 Ans :

Nom et prénom du représentant légal.....

Lien de parenté avec l'adhérant.....

Je soussigné(e) Mr, Mme père, mère ou tuteur

De l'enfant Né(e)le à.....

AUTORISE les membres du Bureau Directeur, entraîneurs ou bénévole de l'association, à prendre le cas échéant, et dans l'intérêt de mon enfant la décision d'un transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU, etc...) pour que puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie sur mon enfant. Je souhaite toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit dirigé vers l'hôpital ou la clinique de :

NOS SPONSORS



NOS PARTENAIRES



Signature du ou des représentants légaux, précédés de la mention « Bon pour autorisation médicale »

Fait à :

Le :

Signature :

NOS SPONSORS



NOS PARTENAIRES

