

**DEMANDE D'ADHÉSION 2018 / 2019**  
**ÉCOLE FRANÇAISE DE JUDO-JU-JUTSU TRADITIONNEL**

(accompagnée du montant de l'adhésion : 25 €)

MERCİ D'ÉCRIRE EN CAPİTALES

M. <input type="checkbox"/>	M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	M <sup>lle</sup> <input type="checkbox"/>
NOM: _____ NOM DE JEUNE FILLE: _____ PRÉNOM: _____		
ADRESSE: _____		
CODE POSTAL: _____ COMMUNE: _____		
DATE DE NAISSANCE: _____		
TÉLÉPHONE(S): _____		
<input type="checkbox"/> JUDO	<input type="checkbox"/> JU-JUTSU	<input type="checkbox"/> AïKIDO
AUTRE: _____		

**Renouvellement**

**Nouvelle adhésion**

**Je soussigné(e) déclare adhérer à l'École Française de Judo-Ju-jutsu Traditionnel pour la saison 2018-2019, pour un montant de 25 €.**

**Assurance:** un régime collectif de responsabilité civile et de prévoyance au profit des adhérents de l'EFJJT, notamment conforme à la loi du 16 juillet 1984 modifiée, et au décret n° 93-392 du 18 mars 1993 est compris dans votre adhésion, et souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS).

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales du contrat de base valant notice d'information souscrit par l'École Française de Judo-Ju-jutsu Traditionnel auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS), référencé n° 439, et y adhérer. Des garanties complémentaires facultatives vous sont également proposées.

Je soussigné(e) déclare avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription de **garanties complémentaires**, en cas de dommages corporels suite à un accident de sport en sus du régime de prévoyance et de responsabilité de base, avoir reçu et pris connaissance de la note d'information du contrat « Sportmut » ayant pour objet de proposer de telles garanties complémentaires:

- Avoir choisi d'y adhérer et avoir rempli la demande d'adhésion spécifique « Sportmut ».
- Avoir choisi de ne pas y adhérer.

**Autorisation parentale pour les mineurs:** je soussigné(e): \_\_\_\_\_  
autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à pratiquer les arts martiaux.

**Certificat médical:** je m'engage à fournir annuellement un certificat médical

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent (*faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »*):