



À REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT DU CLUB

Nom du club :

Association Judo Leuville

N°
d'affiliation :

910480

Représentant
du club :

Delepouve Bertrand

Adresse postale :

28 rue Jules Ferry 91310 Leuville sur Orge

N° téléphone :

06 82 12 89 01

E-mail :

leuville.judo@gmail.com

LES SÉANCES DÉCOUVERTES

Valable jusqu'au :

11 Septembre 2026

Tampon / signature du club :

A.J.L.
W913012979



Séances effectuées :

1



REJOINS L'AVENTURE FFJUDO.COM

ASSURANCE

Cette séance d'initiation comprend une assurance responsabilité civile et accident corporel prise en charge par la FFJDA. Pour en bénéficier, merci de bien vouloir remplir et signer ce document et le remettre au représentant du club avant la séance.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :

• Avoir pris connaissance des garanties des contrats d'assurance souscrits par la fédération, auprès de la MARSH S.A.S en partenariat avec AXA FRANCE IARD (Contrats n°11383119004 (RC) - n° 22351748104 (IA), pour cette séance d'initiation telles qu'indiquées dans la notice qui lui a été remise*.

MARSH S.A.S - Société de courtage d'assurances immatriculée sous le numéro 572 174 415 au RCS

• Avoir été informé de sa possibilité à souscrire personnellement des garanties d'assurance individuelle complémentaires.

• Ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique du judo, du jujitsu, du kendo et des disciplines associées de la FFJDA.

*UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE VIERGE COMPRENANT LA NOTICE D'ASSURANCE DOIT ÊTRE REMIS À L'INVITÉ ET LU PAR LUI AVANT SIGNATURE.

POUR LES ENFANTS MINEURS

Ce document doit être rempli et signé par leur représentant légal.

Je soussigné(e) Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

responsable légal de

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ **autorise mon enfant à pratiquer/découvrir le judo**

Date : _____

Signature du responsable légal

Fait à : _____

POUR LES MAJEURS

Veuillez renseigner les informations demandées et signer ce document.

Je soussigné(e) Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° de téléphone : _____

E-mail : _____

Date : _____

Signature du soussigné(e)

Fait à : _____