



JUDO CLUB VILLENEUVE LES AVIGNON
5 Rue Gérard Philippe – 30400 VLA / Tel : 06.48.15.83.16

AUTORISATION PARENTALE / DECHARGE DE RESPONSABILITE – saison 2026/2027

Le club de judo met en place **un service de ramassage des enfants à la sortie de l'école**, sur le temps périscolaire (entre 16h45 et 17h), afin de les conduire au nouveau dojo des Hauts de Villeneuve pour leur cours de judo.

Ce dispositif débutera le lundi 14 septembre 2026. Il a pour objectif de simplifier l'organisation des familles et de favoriser l'accès à la pratique sportive pour tous.

Les parents récupéreront ensuite leur enfant directement au dojo, à l'horaire de fin du cours. Il est demandé de prévoir le kimono dans le cartable de l'enfant ou dans un petit sac séparé.

Tout participant n'ayant pas transmis cette attestation au club ne pourra pas être accepté pour les déplacements entre l'école et le dojo (attention RECTO/VERSO).

L'attestation doit être envoyée par mail à l'adresse suivante : judo.villeneuve@gmail.com.

Je soussigné(e) : Nom et prénom du représentant légal _____

autorise mon fils / ma fille : Nom et prénom de l'enfant _____

, né(e) le _____ scolarisé(e) à l'école :

☐ **THOMAS DAVID** — Classe : _____

☐ **JOSEPH LHERMITTE** — Classe : _____

à participer aux déplacements entre l'école et le dojo organisés par le club de judo.

Jour du cours (avec prise en charge de mon enfant au périscolaire) :

☐ LUNDI (JL) ☐ MARDI (TD) ☐ JEUDI (JL) ☐ VENDREDI (JL)

L'enfant participera à ces déplacements sous la responsabilité des encadrants du club (entraîneurs et bénévoles). J'autorise également le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent, y compris une hospitalisation ou toute intervention jugée nécessaire par le corps médical.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Qualité : _____

Téléphone : _____

Nom : _____ Qualité : _____

Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX UTILES

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

Mutuelle : _____

Allergies connues : _____

Autres informations médicales : _____

Groupe sanguin : _____

Je certifie :

- que mon enfant est à jour de ses vaccinations ;
- avoir fourni un document médical conforme au règlement fédéral.

Fait à _____, le _____

Signature du représentant légal :