

LICENCIÉ (E)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

RESPONSABLE LÉGAL (SI MINEUR) :



COURS FRÉQUENTÉ *(cocher la case)*

Mercredi 01 14h-15h		Mercredi 03 16h10-16h55		Jeudi 17h40-18h50		Taïso 19h-20h	
Mercredi 02 15h05-16h05		Mercredi 04 17h-17h45		Vendredi 01 17h15-18h45		Vendredi 02 20h-21h30	

ENGAGEMENT ANNUEL *(cocher la case)*

J'atteste avoir pris connaissance du fait que
l'intégralité de la cotisation annuelle est due et sera encaissée.
Aucun remboursement ne sera effectué



AUTORISATION DE SORTIE (MINEURS)

J'autorise

N'autorise pas

à quitter le dojo en mon absence.

Si vous n'autorisez pas votre enfant à sortir, vous devez venir le récupérer
au bord du tatami ou à la sortie du vestiaire.
Les enfants ne descendront pas sur le parking.

Merci d'être ponctuel

**Dans la mesure du possible,
la présence des parents n'est pas souhaitée au bord du tatami durant les cours**



WHATSAPP

J'autorise

N'autorise pas

l'ajout de mon numéro au groupe WhatsApp

NUMÉRO DE CONTACT :

Afin de faciliter la communication et l'entraide au sein des cours
(informations, compétitions, covoiturage, retard),
Il n'est pas nécessaire de justifier les absences.

Si vous autorisez l'ajout de vos coordonnées,
l'ensemble des membres du groupe pourra les voir et interagir avec vous.

Nous n'abuserons pas de messages. Merci de faire de même !

Date :

Signature :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL – PERSONNE MAJEURE



En vue du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération agréée, hors disciplines, à contraintes particulières.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		
	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



**PRISE DE LICENCE
MAJEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.*

Date et signature du sportif.