



# Feuille de renseignements **JAK LAMBERSART** - Saison **2020-2021**

Cette feuille de renseignements fait l'objet d'un traitement informatique.

Remplir **LISIBLEMENT EN LETTRES CAPITALES** les rubriques demandées S.V.P

En conformité RGPD

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Sexe :** M ou F **Né le :** ...../...../..... **Lieu de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone domicile :** ..... **Téléphone portable :** .....

Pour recevoir les infos du club **Email** (lisible) ..... @ .....

**Profession** (de l'adhérent si non étudiant) : .....

**Profession** (des parents pour les mineurs)

**Père :** ..... **Mère :** .....

**Passeport sportif** (entourer) : OUI NON **N° de licence** (ex. : MouF0112...) : .....

**Poids exact :** ..... **kg**

**Grade actuel :** B1 liseret / B2 liserets / BJ1 / BJ2 / J / JO1 / JO2 / O / OV1 / OV2 / V / VB1 / VB2 /  
(entourer) Bleue / Bleue1 / Bleue2 / M / 1er dan / 2e dan / 3e dan / 4e dan / 5e dan / 6e dan

**Disciplines** (entourer) : **ÉVEIL JUDO / PARENT-ENFANT / JUDO / JUJITSU / SELF RETRAITÉS / TAÏSO / AÏKIDO**

**Cours** (ne pas remplir) : .....

**IMPORTANT :** sur le site internet "jak-lambersart.org" ou nos supports de communication, nous sommes amenés à utiliser des photos ou à citer votre nom. **Si vous refusez**, veuillez cocher la case ci-dessous :  
Je refuse que mon nom ou mon image (ou ceux de mon enfant) soient publiés par JAK LAMBERSART

**Signatures :** Représentant légal (nom et qualité) L'adhérent

**Certificat médical:** J'atteste être (ou que mon enfant est) titulaire d'un certificat médical valide établissant l'absence de contre-indication à la pratique :

1/ du sport  ou Questionnaire (\*au verso)

2/ du sport en compétition  ou Questionnaire (\*au verso)

(\* ) Uniquement valable pour les 2 renouvellements suivant la dernière présentation d'un certificat médical et si le demandeur atteste avoir répondu "NON" à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé

## CERTIFICAT MEDICAL

Suite à un examen clinique réalisé au cabinet médical, je certifie que

.....  
ne présente à ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du

.....  
(y compris en compétition) et que toute pathologie ou risque pouvant être occasionné par l'exercice de ce sport a été évoqué avec le patient ou son représentant légal.

Le ..... / ..... / .....  
Signature

Cachet médical

## PARTIE ADMINISTRATIVE RESERVEE AU CLUB

### TARIF

- |                             |                          |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - 14 ans tarif normal trim. | <input type="checkbox"/> | + 14 ans tarif normal trim. | <input type="checkbox"/> |
| - 14 ans 1/2 tarif trim.    | <input type="checkbox"/> | + 14 ans 1/2 tarif trim.    | <input type="checkbox"/> |
| - 14 ans tarif normal ann.  | <input type="checkbox"/> | + 14 ans tarif normal ann.  | <input type="checkbox"/> |
| - 14 ans 1/2 tarif ann.     | <input type="checkbox"/> | + 14 ans 1/2 tarif ann.     | <input type="checkbox"/> |

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

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*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### 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.