



Feuille de renseignements **JAK LAMBERSART** - Saison **2021-2022**

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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
A ce jour		
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.