



Feuille de renseignements **JAK LAMBERSART** - Saison **2023-2024**

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 / BJ / J / JO / O / OV / V / VB / Bleue / BM / M

(entourer) 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"/> |



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif MINEUR

En vue de l'obtention, 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.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? A-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille un garçon

Ton âge : ans

OUI NON

L'année dernière	
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	
As-tu été opéré(e) ?	
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	
As-tu la tête qui tourne pendant un effort ?	
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	
As-tu commencé à perdre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	
Te sens-tu très fatigué(e) ?	
As-tu du mal à l'endormir ou te réveiller-tu souvent dans la nuit ?	
Sens-tu que tu as moins l'appétit que tu manges moins ?	
Te sens-tu triste ou inquiet ?	
Pleures-tu plus souvent ?	
Pressens-tu un douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	
Perdus-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	
Perdus-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	
À faire remplir par les parents	
Quequ'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif MAJEUR



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*

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

*NB : Les réponses fournies relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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.