



Feuille de renseignements **JAK LAMBERSART** - Saison **2024-2025**

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)

Parent 1 : **Parent 2 :**

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 / 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

Attestation questionnaire médical relatif à l'état du sportif mineur ou majeur: à remplir **obligatoirement par tous** * (* au verso) de cette feuille après avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques avec date et signature du représentant légal ou du sportif.

(*) Dans l'éventualité d'une non-présentation de l'attestation, conséquence d'une réponse positive aux différents questionnaires médicaux (mineur ou majeur), un certificat médical d'absence de contre indication datant de moins de 6 mois devra être produit et fourni au club pour valider la licence.

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION (CACI)

18-30 ans

J'ai 17 ans, au moment de ma prise de licence en septembre 2024, j'ai déjà été licencié les années précédentes, mais j'aurai 18 ans avant août 2025

J'ai 18 ans, au moment de ma prise de licence en septembre 2024, je n'ai jamais été licencié

J'ai 25 ans, je prends pour la première fois une licence à la fédération

J'ai 29 ans, au moment de ma prise de licence en septembre 2024, j'ai déjà été licencié les années précédentes, mais j'aurai 30 ans avant août 2025

Plus de 30 ans

Dès l'année de ses 30 ans, le licencié devra fournir un CACI (accompagné si possible d'un ECG sur recommandation de la Commission médicale fédérale)

Le licencié devra fournir un CACI tous les 5 ans (à 35,40,45 etc.).

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"/> |





PRISE DE LICENCE MINEURS

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR
(arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal.



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.