

FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024  
« DOJO ÔKAMI » BESSIÈRES JUDO

PHOTO

Licencié au club en 2022-2023 : oui - non

Nom & Prénom : .....Date de naissance (JJ/MM/AA): ...../...../.....

Adresse de l'adhérent : .....

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

Coordonnées Parent 1: Nom & Prénom : .....

N° tel : ..... E-mail : .....

Coordonnées Parent 2 : Nom & Prénom : .....

N° tel : ..... E-mail : .....

**INFORMATIONS SANITAIRES :**

(Nous garantissons la confidentialité de ces informations, elles nous sont nécessaires afin d'accueillir vos enfants dans les meilleures conditions)

ASTHME : oui - non / MÉDICAMENTEUSES : oui - non / ALIMENTAIRES : oui - non

AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Votre enfant porte-t-il ? (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) :

DES LENTILLES : oui - non / DES LUNETTES : oui - non / DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui -non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui- non

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE**

Aucune photo d'enfant ne peut être publiée sans une autorisation écrite du responsable légal.

Je soussigné(e) ..... autorise / n'autorise pas le club à utiliser dans le cadre pédagogique des photos de mon enfant .....prises au cours de ses activités. (Affichage au sein du club / Page Facebook du club / Site Internet)

**CERTIFICAT MEDICAL**

Aucun judoka ne peut monter sur les tatamis sans avoir fourni un certificat médical portant la mention : "Apte à la pratique du judo y compris en compétition " ou l'attestation du QS-Sport.

**RESPECT DU REGLEMENT INTÉRIEUR**

- Les parents sont responsables de la sécurité de leurs enfants avant le début et la fin du cours.  
Ils s'engagent à s'assurer de la présence du professeur et du maintien du cours.

- J'autorise DOJO OKAMI à prendre les décisions d'ordre médical, en mes lieux et place, en cas d'accident lors d'une activité.

- J'autorise mon enfant ou accepte moi-même de participer aux événements avec DOJO OKAMI et, dans ce cadre, à être transporté par d'autres adultes utilisant leur véhicule.

À ..... , le : ..... / ..... / 2023  
Signature avec la mention « lu et approuvé » :

## ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ "QS-SPORT"

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 inexplicée ?	<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 atteste, 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.

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ..... ,  
 en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ..... ,  
 atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait le ...../...../202..

Signature du représentant légal :