

Cadre réservé bureau :

CAS

AUT

INS

CPT

FFK

FEK



KARATÉ CLUB DE CORBAS

FICHE D'INSCRIPTION

Saison: 20..... / 20.....

LES DOSSIERS D'INSCRIPTION INCOMPLETS NE POURRONT ÊTRE REÇUS

Photo d'identité
Agrafée
(Obligatoire)

Nom Prénom Profession

Date de naissance : / / Lieu

Adresse

CP Ville

@ Email @ Téléphone

1. COURS

Karaté	Body-Karaté	Self Défense	Qi Gong
<input type="checkbox"/> Baby			
<input type="checkbox"/> Adulte Débutant			
<input type="checkbox"/> Enfant			
<input type="checkbox"/> Adulte Confirmé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compétiteur			
<input type="checkbox"/> Adulte CN			

2. DROITS DE COTISATION

Le montant de la cotisation annuelle est de €. Besoin d'une attestation pour le CE : Oui

La cotisation est due en début d'année et ne dépend pas du nombre de cours. Elle n'est ni transmissible, ni remboursable. La cotisation inclut le montant de l'adhésion annuelle et obligatoire de 5 euros.

3. RÈGLEMENT

<input type="checkbox"/> Espèces : €	<input type="checkbox"/> Chèque Vacances : €	<input type="checkbox"/> Carte M'RA / Pass' Région
<input type="checkbox"/> Carte Bancaire : €	<input type="checkbox"/> Coupons Sport : €	<input type="checkbox"/> Chèque Bancaire
<input type="checkbox"/> Paiement en 1 fois	<input type="checkbox"/> Paiement en 2 fois	<input type="checkbox"/> Paiement en 3 fois

L'adhérent déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du KCC

Signature :

Joindre à la fiche d'inscription **un certificat médical obligatoire** (pour une 1^{ère} inscription pour Adulte)



KARATÉ CLUB DE CORBAS

CERTIFICAT D'APTITUDE AU SPORT

Je soussigné, Docteur :

demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour :, et
déclare ne pas avoir constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents,
contre-indiquant la pratique du Karaté ou le Qi Gong ou la Self-Défense ou le Body-
Karaté et à son éventuelle participation à des compétitions *.

**rayer cette mention en cas de contre-indication*

Cachet du Médecin

Fait à

le

Signature du médecin :



KARATE CLUB DE CORBAS

FICHES D'AUTORISATIONS PARENTALES POUR LES MINEURS

AUTORISATION PARENTALE POUR LA COMPÉTITION (OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS)

Je, soussigné(e) M. ou Mme

autorise mon fils, ma fille à pratiquer le Karaté en compétition pour la saison sportive 20.... – 20....

D'autre part, je dégage de toute responsabilité les responsables du club en cas d'accident pouvant survenir à mon enfant, soit au cours du déplacement, soit au cours de la compétition elle-même, soit au cours des différentes manifestations et sorties auxquelles participerait mon enfant et les autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais ce jour avoir pris connaissance du règlement intérieur du Karaté Club de Corbas et y adhérer pleinement.

Fait à, le

Signature

OBSERVATIONS DE RESPONSABILITES

Les Mineurs sont sous la responsabilité de l'association exclusivement dans les locaux qu'elle occupe, et ce aux horaires définis et seulement pendant la durée de la pratique.

Un enfant ne peut être laissé seul, sans que l'adulte qui l'accompagne ne se soit assuré auparavant de la présence effective sur place d'un responsable de l'association ou de l'enseignant. A la fin des cours les enfants mineurs ne pourront quitter le dojo qu'accompagnés de leurs tuteurs ou parents.

Fait à, le

Signature

AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE POUR MINEUR

Je soussigné (e), Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Prénom :..... Nom :

Demeurant à :

Agissant en tant que Père, Mère, Tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Y obligeant ses ayants droits, autorise le Karaté Club de Corbas à utiliser l'image de mon enfant mineur dans le cadre des événements organisés tout au long de la saison sportive, sur tout support connu ou inconnu (livre, presse, télévision, cinéma, site Internet, borne informatique, etc.) dans le cadre général de la communication et de la promotion des activités sociales, économiques et culturelles du Karaté Club de Corbas.

Le Karaté Club de Corbas s'interdit expressément de procéder à une exploitation susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les prises de vues ou photographies, dans tous supports à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

En conséquence de quoi, je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que mon enfant mineur n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Cette autorisation vaut pour une durée illimitée.

Fait à, le

Signature



KARATE CLUB DE CORBAS

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES LICENCIÉS MINEURS

Exemplaire à conserver par l'adhérent

« ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3)

« 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 DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE 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 ? T'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 regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge : ____ ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis l'année dernière	OUI	NON
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.



KARATE CLUB DE CORBAS

Exemplaire à remettre au Club

**ATTESTATION DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RLLATIF A L'ETAT DE SANTE
DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE OU
DE L'INSCRIPTION A UNE COMPETITION**

LICENCIÉ MINEUR

Je soussigné(e) _____

exerce l'autorité parentale sur _____

atteste avoir complété conjointement avec mon enfant l'ensemble du « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur » situé à l'ANNEXE II-23 (article A. 231-3 du code sport) et avoir conjointement répondu **négativement** à l'ensemble des items présentés.

Date et signature (de la personne exerçant l'autorité parentale) :



KARATE CLUB DE CORBAS

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES LICENCIES **MAJEURS**

Exemplaire à conserver par l'adhérent

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 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"/>
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"/>

**NB : Les réponses formulées 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.



KARATE CLUB DE CORBAS

Exemplaire à remettre au Club

**ATTESTATION DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE
POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE**

LICENCIÉ MAJEUR

Je soussigné(e) Monsieur/Madame _____

atteste avoir complété l'ensemble du Questionnaire de santé « QS-SPORT » (CERFA n°15699*01) et avoir répondu **négativement** à l'ensemble des items présentés.

Date et signature :